2011. gada pētījums par Latvijas jauniešu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi

Pētījuma ziņojums

LATVIJAS REPUBLIKAS
VESELĪBAS MINISTRIJA

LATVIJAS REPUBLIKAS VESELĪBAS MINISTRIJA
SLIMĪBU PROFILAKSES UN KONTROLES CENTRS

norden
Ziemeļu Ministru padomes
birojs Latvijā

2011. gada pētījums par Latvijas jauniešu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi

Pētījuma ziņojums

Riga, 2012

Autori:

Biruta Velika
Slimību profilakses un kontroles centrs, Pētniecības un veselības statistikas departaments, Neinfekciju slimību datu analīzes un pētījumu nodaļas vecākā sabiedrības veselības analītiķe.

Iveta Pudule
Slimību profilakses un kontroles centrs, Pētniecības un veselības statistikas departaments, Neinfekciju slimību datu analīzes un pētījumu nodaļas vecākā sabiedrības veselības analītiķe.

Daiga Grīnberga
Slimību profilakses un kontroles centrs, Pētniecības un veselības statistikas departaments, Neinfekciju slimību datu analīzes un pētījumu nodaļas vecākā sabiedrības veselības analītiķe.

Lauma Spriņģe
Slimību profilakses un kontroles centrs, Pētniecības un veselības statistikas departaments, Reģistru pārraudzības nodaļas sabiedrības veselības analītiķe.

Inese Gobiņa
Rīgas Stradiņa universitāte, Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedra, docente.

Autoru kolektīvs izsaka pateicību par sadarbību pētījuma uzraudzības komisijai, kuras sastāvā bija speciālisti no Veselības ministrijas Sabiedrības veselības departamenta, Labklājības ministrijas Bērnu un ģimenes politikas departamenta, Izglītības un zinātnes ministrijas Politikas koordinācijas departamenta, Pasaules Veselības organizācijas (PVO) pārstāvniecības Latvijā, Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas Bērnu tiesību aizsardzības departamenta, Valsts izglītības satura centra Vispārējās izglītības satura nodrošinājuma nodaļas, Rīgas Stradiņa Universitātes Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedras, Latvijas Pašvaldību savienības.

Paldies par sadarbību un atbalstu pētījuma īstenošanā PVO pārstāvniecības Latvijā vadītājai Aigai Rūrānei un Ziemeļu Ministru padomes birojam Latvijā.

Pētījuma metodisko uzraudzību veica PVO Eiropas Reģionālā biroja Vardarbības un traumatisma mazināšanas programmu vadītāja v. i. Dr. Dinesh Sethi un Liverpūles universitātes Sabiedrības veselības centra direktors, profesors Marks Bellis.

Pētījums veikts ar Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Eiropas Reģionālā biroja finansiālu un tehnisku atbalstu PVO un Veselības ministrijas sadarbības līguma (2010./2011.) ietvaros.

Publikācijas korektore: Arta Savdona

Publikācijas vizuālajā noformējumā izmantots Karin Beate Nøsterud (www.norden.org) foto

Dizains un noformējums: SIA Dardedze Hologrāfija

Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce obligāta.

© Slimību profilakses un kontroles centrs, 2012

ISBN 978-9984-837-41-3(pdf)

PRIEKŠVĀRDI ***4, 5, 6***

IEVADS ***7***

Fiziskā vardarbība pret bērnu 7

Seksuālā vardarbība pret bērnu 8

Emocionālā vardarbība pret bērnu 9

Nevērība pret bērnu 9

Bērnībā gūtā nelabvēlīgā pieredze 10

METODOLOĢIJA ***11***

1. Pētījuma mērķis un uzdevumi 11

    1.1. Pētījuma mērķis 11

    1.2. Pētījuma uzdevumi 11

    1.3. Pētījuma mērķa populācija 11

2. Pētījuma metodoloģija 11

    2.1. Pētījuma norise 12

    2.2. Pētījuma aptaujas anketa 12

    2.3. Izlase 13

    2.4. Pētījuma datu vākšana 14

    2.5. Datu ievade, apstrāde un datu faila sagatavošana 14

    2.6. Bērnībā piedzīvotās nelabvēlīgās pieredzes noteikšana (ACE skala) 15

REZULTĀTI ***17***

1. Pētījuma populācijas raksturojums 17

2. Dzimumattiecības 18

3. Veselības paradumi 20

    3.1. Smēķēšana 20

    3.2. Pakļaušana pasīvai smēķēšanai bērnībā 21

    3.3. Alkohola lietošana 22

    3.4. Narkotiku lietošana 25

    3.5. Pašnāvību mēģinājumi 25

    3.6. Ķermeņa masas indekss 26

4. Bērnībā gūtā nelabvēlīgā pieredze 27

5. ACE skalas saistība ar respondentu veselības paradumiem 30

6. ACE skalas saistība ar respondentu veselības pašvērtējumu, ārsta apmeklējumiem, veselības sūdzībām un simptomiem 32

7. Veselības paradumu un veselības indikatoru izredžu attiecības atkarībā no ACE skalas punktiem 35

PĒTĪJUMA IEROBEŽOJUMI ***38***

SECINĀJUMI ***39***

IETEIKUMI POLITIKAS VEIDOTĀJIEM ***40***

IZMANTOTĀ LITERATŪRA ***41***

PRIEKŠVĀRDS

Vardarbība pret bērniem un cita bērnībā gūtā nelabvēlīgā pieredze ir arvien pieaugoša problēma Eiropā un citur pasaulē. Būtiski ir ne tikai strādāt pie vardarbības seku likvidēšanas, bet arī ieguldīt resursus pētījumos un programmās, lai apzinātu un likvidētu vardarbības cēloņus. Eiropas valstīs veikto pētījumu rezultāti uzrāda ievērojamu vardarbības izplatību. Vardarbībai pret bērniem ir īpaši nopietnas un tālejošas sekas, kas var izraisīt tieksmi būt upurim vai vardarbības iniciatoram, attīstīt veselību apdraudošu uzvedību, kā arī novest pie garīgām un hroniskām slimībām.

Publicējot šo pētījumu „Jauniešu bērnībā gūtā nelabvēlīgā pieredze Latvijā", Latvija ir pievienojusies tām dažām valstīm Eiropā, kurās bērnībā gūtā nelabvēlīgā pieredze ir zinātniski pētīta. Šī pētījuma rezultāti liecina, ka pret bērnu vērstās vardarbības izplatība, vai tā būtu fiziska vai garīga vardarbība, vai arī atstāšana novārtā, ir nepieņemami augsta. Aptauja arī atklāj, ka sekas šādai bērnībā gūtai nelabvēlīgai pieredzei jauniešos jau izpaužas kā veselībai kaitīga uzvedība un saslimšanas.

Sabiedrībai jāapzinās, ka vardarbība ģimenē nav pieļaujama un ar to samierināties nedrīkst. Problēmas, kas saistītas ar vardarbības novēršanu, ir kopīga atbildība, un tikai koordinēta valsts un pašvaldību institūciju, kā arī nevalstiskā sektora rīcība var efektīvi to risināt. Svarīgi ir sekmēt ikviena sabiedrības locekļa zināšanas par vardarbības cēloņiem un tās sekām, tādēļ Veselības ministrija aicina par šiem jautājumiem runāt jau agrīnā vecumā, atjaunojot veselības mācību kā obligātu mācību priekšmetu vispārējās vidējās un profesionālās izglītības mācību programmās. Vienlaikus ministrija 2012.gadu ir pasludinājusi par Mātes un bērna veselības gadu Latvijā, īstenojot pasākumus trīs virzienos: mātes un bērna veselības uzlabošanas, neauglības ārstēšanas un starpnozaru sadarbības jomā. Daļa no plāna paredz arī jauno vecāku izglītošanu par vardarbību ģimenē un atbalsta iespējām no vardarbības cietušajiem.

Es ceru, ka šis ziņojums sniegs nepieciešamos faktus, lai veicinātu dialogu starp valsts, pašvaldību institūcijām un nevalstiskajām organizācijām un palīdzētu izstrādāt efektīvu programmu pret bērniem vērstas vardarbības novēršanai. Vardarbība pret bērniem ir īpaši smags noziegums, pret kuru jāvērš visas sabiedrības neiecietība.

Ingrīda Circene
Latvijas Republikas veselības ministre

PRIEKŠVĀRDS

Slikta, nolaidīga izturēšanās pret bērnu ir viens no slēptās vardarbības veidiem. Pierādījumi liecina, ka tās izplatība Eiropas reģionā ir nepieņemami augsta. „Pasaules ziņojums par vardarbību un veselību" definē vardarbību pret bērniem kā fizisku, seksuālu un emocionālu ļaunprātīgu izmantošanu, un/vai nevērību jeb atstāšanu novārtā. Vardarbība pret bērnu ļaunākajā gadījumā var novest līdz slepkavībai, un, kaut arī skaitļi izskatās salīdzinoši zemi (apmēram 1500 nāves gadījumu pasaulē katru gadu bērniem līdz 15 gadu vecumam), daudzi bērnu nāves gadījumi netiek izmeklēti un to skaits, iespējams, ir daudz lielāks. Vardarbība pret bērnu ir viens no smagākajiem bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes veidiem. Bērnībā gūtās negatīvās pieredzes sekas var novest pie veselībai bīstamiem paradumiem, kas turpmākajā dzīvē izpaužas kā slikta fiziskā un garīga veselība un vardarbīga uzvedība. Drošas, stabilas un mīlošas attiecības ar vecākiem un bērna aprūpētājiem ir svarīgas bērna veselīgai attīstībai.

Ir veikti vairāki pārliecinoši pētījumi, kas liecina, ka uz pierādījumiem balstītas programmas var novērst vardarbību pret bērnu. Tās ir nepieciešamas jau agrā bērnībā, un, pieņemot dzīves cikla pieeju, ir iespējams ne tikai izvairīties no vardarbību veicinošajiem faktoriem, bet arī no neinfekciozajām slimībām. Ieviešot šādas programmas ieguvumi varētu iegūt ne tikai bērnībā, bet arī vēlākajā dzīvē. Visā Eiropā ir nepieciešams pievērst pastiprinātu uzmanību politikai šajā jomā, kas nodrošinātu koordinētu darbības veselības un citās jomās šajā nepietiekami novērtētajā sabiedrības veselības problēmā.

Šis ziņojums ir unikāls, un aptaujātie jaunieši liecina, ka vardarbība pret bērniem un citi bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes veidi Latvijā ir izplatīti. Tas arī parāda saikni starp bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi un veselībai bīstamu paradumu attīstību jauniešu vidū. Iegūtie dati sniedz būtisku ieguldījumu zinātnisku pierādījumu uzkrāšanai Eiropā, un ziņojums aicina uz kolektīvu rīcību, lai risinātu šo sabiedrības veselības problēmu. Cerams, ka šis dokuments Latvijā tiks izmantots, lai uzsvērtu problēmas nozīmību un mudinātu sabiedrības veselības speciālistus un politikas veidotājus meklēt starpnozaru risinājumus.

Dr. Dinesh Sethi
Vardarbības un traumu profilakses programmas vadītājs (v. i.),
Pasaules Veselības organizācijas Eiropas Reģionālais birojs

PRIEKŠVĀRDS

Ziemeļu Ministru padomes (ZMP) biroja kā Ziemeļu Ministru padomes Sekretariāta pārstāvniecības Latvijā misija ir veicināt ciešu un daudzveidīgu Ziemeļvalstu un Baltijas valstu sadarbību kopējo interešu jomās, kā arī lielāku vienotību Ziemeļeiropas reģionā.

Ziemeļu Ministru padomes birojs Latvijā darbojas saskaņā ar pašreiz spēkā esošām Ziemeļu Ministru padomes vadlīnijām sadarbībai ar Igauniju, Latviju un Lietuvu 2009.-2013., kas paredz visu valstu kopdarbu ar mērķi sekmēt Ziemeļvalstīm un Baltijas valstīm nozīmīgu demokrātijas vērtību, tai skaitā, dzimumu līdztiesības, nostiprināšanos un Baltijas jūras reģiona iedzīvotāju labklājības un dzīves kvalitātes tālāku pieaugumu. Tas nozīmē arī jebkuras atsevišķu iedzīvotāju grupu diskriminācijas un marginalizācijas novēršanu.

Viena no Ziemeļvalstu un Baltijas valstu atbildīgo ministru un nevalstiskā sektora kopīgi definētajām sadarbības prioritātēm 2011.-2014. gadam ir vardarbības tuvās attiecībās izskaušana.

Tulkojot „Pētījuma par Latvijas jauniešu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi" ziņojumu angliski, ZMP biroja mērķis ir bijis sniegt jaunus impulsus Ziemeļvalstu un Baltijas valstu sabiedrības veselības un citu nozaru pētnieku dialogam.

Aicinām izvērtēt pētījuma rezultātus gan no sabiedrības veselības, gan arī no dzimumu līdztiesības un vienādu iespēju aspekta. Novēlam, lai pētījuma atradnes kalpotu arī vardarbības novēršanai un dzimumu līdztiesības principu tālākai integrēšanai!

Imants Gross
Ziemeļu Ministru padomes biroja Latvijā direktors

IEVADS

Vardarbība ir eksistējusi visas cilvēces vēsturē, taču tikai pēdējos gados tā ir atzīta par nozīmīgu sabiedrības veselības problēmu. 1996.gadā 49. Pasaules Veselības asamblejā tika pieņemta rezolūcija, kas deklarēja, ka vardarbība ir svarīga un pieaugoša sabiedrības veselības problēma visā pasaulē. [1.] Pasaulē katru gadu vardarbības dēļ dzīvību zaudē aptuveni 53 tūkstoši bērnu [2.], un vidēji 3,3 līdz 10 miljoni bērnu dzīvo vardarbīgās ģimenēs. [3.]

PVO sadarbībā ar vairākām institūcijām, kuru darbība saistīta ar pret bērniem vērstas vardarbības mazināšanu, 1999. gadā definēja, ka vardarbība pret bērniem ir visa veida fiziska un/vai emocionāla ļaunprātīga izturēšanās, seksuāla vardarbība, bērnu nepieskatīšana vai nevērīga izturēšanās, komerciāla vai cita veida ekspluatācija, kas atbildības, uzticības vai varas attiecību kontekstā nodara faktisku vai potenciālu ļaunumu bērna veselībai, izdzīvošanai un pašcieņas veidošanai. Vardarbību pret bērnu iedala četros veidos: fiziska, seksuāla, emocionāla un nevērība jeb atstāšana novārtā. [4.]

Fiziskā vardarbība pret bērnu

Vardarbība pret bērnu kā aktuāla problēma medicīnas profesionāļu vidū un sabiedrībā kopumā ieguva plašu uzmanību 1962.gadā, kad Kempe et al. publicēja darbu par „piekautā bērna sindromu" (angl. - battered child syndrome). Šis jaunizveidotais termins raksturoja pret bērnu veiktas smagas fiziskās vardarbības klīniskās izpausmes. [4;5;6.] Ar fizisko vardarbību pret bērnu ģimenē PVO pasaules ziņojumā par vardarbību un veselību tiek saprasta bērna aprūpētāja rīcība, kas rada bērnam reālu vai potenciālu fizisku kaitējumu. [4.] Latvijā Bērnu tiesību aizsardzības likuma 1.panta 11.punkts nosaka, ka fiziska vardarbība ir bērna veselībai vai dzīvībai bīstams apzināts spēka pielietojums saskarsmē ar bērnu. [7.]

Bērna fiziska sodīšana ir atzīta par pretlikumīgu gan starptautiskā, gan vietējā mērogā. Pamatojoties uz Bērnu tiesību konvencijas 37.pantu, „dalībvalstis nodrošina, lai neviens bērns netiktu pakļauts spīdzināšanai vai citiem nežēlīgiem, necilvēcīgiem vai cieņu pazemojošiem apiešanās vai soda veidiem". [8.] Latvijā Bērnu tiesību aizsardzības likuma 9.panta 2.punkts nosaka, ka „pret bērnu nedrīkst izturēties cietsirdīgi, nedrīkst viņu mocīt un fiziski sodīt, aizskart viņa cieņu un godu". [8.]

Lai gan vardarbīga izturēšanās pret bērnu ir pretlikumīga, joprojām ir valstis, kurās fiziskie sodi tiek plaši izmantoti kā bērna audzināšanas metode. 2010.gadā tika publicēts ANO ziņojums par bērnu disciplinēšanas paradumiem mājās. Ziņojumā ir analizēti rezultāti no 35 aptaujām par bērna disciplinēšanas metodēm ģimenē, kas veiktas zemu un vidēju ienākumu valstīs 2005.-2006.gadā. Ziņojumā norādīts, ka vidēji puse no bērniem pēdējā mēneša laikā ir bijuši fiziski sodīti. Vislielākais fiziski sodīto bērnu īpatsvars bijis Jemenā - 86% bērnu. [9.]

Ēģiptē, anketējot bērnus par izciesto fizisku vardarbību ģimenē, 37% bērnu ziņoja, ka vecāki ir viņus situši, 26% bērnu atzīmēja, ka fiziskas vardarbības rezultātā ir guvuši tādus ievainojumus kā lūzumi, samaņas zudums un invaliditāte. [10.] Savukārt, mājsaimniecību aptaujā Rumānijā gandrīz puse no vecākiem atzina, ka mēdz „regulāri" fiziski sodīt savus bērnus, un 16% atzīmēja, ka ir situši savus bērnus, izmantojot kādu priekšmetu. Aptaujas rezultātos tika ziņots, ka 4,6% bērnu ir cietuši no smagas un biežas fiziskas vardarbības. [11.]

Vairākos pētījumos norādīts, ka zēni ir pakļauti lielākam smagu fizisko sodu riskam nekā meitenes. [12;13;14;15.] Arī attiecībā uz bērna vecumu pastāv atšķirības fiziskās vardarbības izplatībā un veidos. Vardarbība, kas izraisa bērna nāvi, visbiežāk sastopama zīdaiņu vecumā. [16;17.] Jaunāki bērni ir vairāk pakļauti arī tādai fiziskai vardarbībai, kas nāvi neizraisa. Ēģiptē veiktajā pētījumā autori norāda, ka biežāk fizisku vardarbību novēro pret jaunāka vecuma bērniem. [10.] Ķīnā visbiežāk no smagas fiziskās vardarbības ģimenē cieš zēni vecumā no trim līdz sešiem gadiem. [14.] Indijā visbiežāk no fiziskās vardarbības cieš bērni vecumā no 6 līdz 11 gadiem [15.], bet ASV – vecumā no 6 līdz 12 gadiem. [14.]

Seksuālā vardarbība pret bērnu

Seksuālā vardarbība pret bērnu tiek definēta kā bērna iesaistīšana seksuālās aktivitātēs, ko viņš/viņa nesaprot, vai nav piekritis, vai nav sasniedzis pietiekamu garīgās attīstības līmeni, lai sniegtu informētu piekrišanu. Par seksuālu vardarbību uzskata arī bērna iesaistīšanu seksuālās darbībās, pārkāpjot sabiedrības likumus vai aizliegumus. Bērnus seksuāli var izmantot gan pieaugušie, gan vienaudži, kas, pamatojoties uz viņu vecumu vai attīstības pakāpi, ir pārāki par upuri gan atbildības, gan uzticēšanās un varas ziņā. PVO Pasaules ziņojumā par vardarbību un veselību par seksuālu vardarbību tiek definētas arī bērna aprūpētāja darbības, kurās bērns tiek izmantots seksuālo vēlmju apmierināšanai. [4.] Latvijā Bērnu tiesību aizsardzības likuma 1.panta 10.punkts nosaka, ka seksuāla vardarbība ir bērna iesaistīšana seksuālās darbībās, ko bērns nesaprot vai kam nevar dot apzinātu piekrišanu. [7.]

ANO Pasaules ziņojumā par vardarbību pret bērniem norādīts, ka pēc PVO aprēķiniem pasaulē vairāk nekā 150 miljoni meiteņu un 73 miljoni zēnu vecumā līdz 18 gadiem ir pieredzējuši piespiedu dzimumsakarus vai citas formas fiziska kontakta seksuālo vardarbību. Ziņojumā arī norādīts, ka patiesais gadījumu skaits visticamāk ir krietni lielāks. [2.] Seksuālie uzbrukumi bērniem veido aptuveni 0,6% no kopējiem nespējas standartizētiem dzīves gadiem *(angl. – disability adjusted life years)* pasaulē. [18.]

Literatūras avotos un pētījumos ir pieejami neviennozīmīgi dati par seksuālo vardarbību pret bērnu ģimenē. Datu atšķirība ir skaidrojama ar dažādām seksuālās vardarbības definīcijām un dažādām datu ievākšanas metodēm. Daži no pētījumiem tiek veikti, iegūstot informāciju no pašiem bērniem, citos ziņas tiek iegūtas no jauniešiem un pieaugušajiem par bērnībā pieredzēto vardarbību, dažos pētījumos aptaujāti tiek paši vecāki par viņu bērnu iespējami piedzīvoto vardarbību. [4.] Pētījumos bērnībā pieredzētās seksuālās vardarbības prevalence vīriešiem mainās no 1% gadījumā, kad kā seksuālā vardarbība ir definēti piespiedu vai ar spēku veiktie seksuālie kontakti [19.], līdz 19%, kad ir pielietota plašāka seksuālās vardarbības definīcija. [20.] Sievietēm bērnībā piedzīvotā seksuālā vardarbība variē no 0,1% gadījumā, kad kā seksuālā vardarbība ir definēta izvarošana [21.], līdz 45% gadījumu, kad ir pielietota plašāka seksuālās vardarbības definīcija. Plašākā definīcija iekļauj ne tikai izvarošanu vai izvarošanas mēģinājumu, bet arī bērnu kailfotografēšanu, pieaugušā dzimumorgānu atkailināšanu bērna priekšā, bērnu glāstīšanu vai skūpstīšanu seksuālā veidā un bērnu piespiešanu aizskart pieaugušā dzimumorgānus. [20.]

Bērnībā pieredzētās seksuālās vardarbības izplatība ir atšķirīga starp pētījumiem dažādās pasaules valstīs. Literatūras apskatā, kurā iekļauti dati par 21 epidemioloģiska rakstura pētījumiem, kas galvenokārt veikti augstu un vidēju ienākumu valstīs, vismaz 7% līdz 36% sieviešu un vismaz 3% līdz 29% vīriešu atzina, ka bērnībā ir bijuši seksuālās vardarbības upuri. Pēc šo pētījumu datiem no 14% līdz 56% meiteņu un līdz 25% zēnu seksuālie varmākas bijuši viņu vecāki vai audžuvecāki. [22.] Kā liecina pētījumu dati, Eiropā seksuālo vardarbību līdz 18 gadu vecumam ir piedzīvojušas 10-20% sieviešu un 3-10% vīriešu. [23.] ASV meta analīzes pētījumā, kas balstīts uz pieaugušo aptaujām, 30-40% sieviešu un 13% vīriešu atzina, ka ir bijuši seksuāli izmantoti. [24.]

Lielā daļā analizēto pētījumu secināts, ka, atšķirībā no fiziskās vardarbības, kura biežāk ir vērsta pret zēniem, no seksuālās vardarbības biežāk cieš meitenes. [4;2;6;22;25.] Pētījumā, kas tika veikts bērnu slimnīcā Keiptaunā, Dienvidāfrikā, fiziskās vardarbības rezultātā traumas biežāk tika novērotas zēniem, turpretī seksuālie uzbrukumi bija iemesls 48% meiteņu ievainojumiem, bet zēniem šādi ievainojumi bija tikai 3% gadījumu. [26.]

ASV veiktajā nacionālajā pētījumā, kurā tika izmantota informācija no tiesībsargājošām varas institūcijām, norādīts, ka visbiežāk seksuālie uzbrukumi veikti pret 12-17 gadus veciem bērniem. Savukārt, vislielākā varbūtība kļūt par seksuālās varmākas upuriem ir četrgadīgiem bērniem. Bērniem vecumā līdz sešiem gadiem gandrīz pusē gadījumu (48,6%) uzbrucējs bijis kāds no ģimenes locekļiem, 48,3% – bērna ģimenes paziņa, bet tikai 3,1% gadījumu – svešinieks. [27.]

Emocionālā vardarbība pret bērnu

Emocionāla vardarbība pret bērnu tiek definēta kā aprūpētāja nespēja nodrošināt bērnam piemērotu un atbalstošu vidi, kas izpaužas kā darbības, kas rada kaitējumu bērna emocionālai veselībai un attīstībai. Pie šādām darbībām pieder bērna ierobežošana, noniecināšana, izsmiešana, draudi un iebiedēšana, noraidīšana un cita naidīga, bet ne fiziska - izturēšanās pret bērnu. [4.] Latvijā Bērnu tiesību aizsardzības likuma 1.panta 12.punkts nosaka, ka emocionāla vardarbība pret bērnu ir bērna pašcieņas aizskaršana vai psiholoģiska ietekmēšana (draudot viņam, lamājot, pazemojot viņu vai citādi kaitējot viņa emocionālajai attīstībai). [7.]

Pētījumos ir pierādīts, ka emocionālā vardarbība pret bērnu ir visbiežāk izplatītā vardarbības forma. Pētnieki secina, ka emocionālā vardarbība pret bērnu, salīdzinājumā ar citām vardarbības formām, ilgtermiņā rada vispostošākās sekas bērna dzīvē, pie tam ilgstoši paliek atmiņā kā pāridarījums. [28.]

Emocionālās vardarbības prevalences rādītājs lielākoties neatspoguļo patieso situāciju, jo bieži vien tā paliek nepamanīta gan no uzbrucēja, gan no cietušā puses, kā arī no ārpus ģimenes esošajām institūcijām līdz brīdim, kad ar bērnu notiek kas tāds, kas prasa bērnu aizsardzības institūciju iejaukšanos. [29.] Analizējot un interpretējot datus, jāņem vērā, ka emocionālā vardarbība var būt pētīta gan kā atsevišķa problēma, gan kā blakus eksistējoša problēma citu vardarbības formu gadījumā. [30.] Pētījumā par bērniem, kas uzauguši vardarbīgās ģimenēs, tika pierādīts, ka pastāv cieša saikne starp emocionālo, fizisko un seksuālo vardarbību pret bērnu. [31.] Tomēr gadījumos, kad bērns vienlaicīgi cieš no seksuālas un fiziskas vardarbības, ir grūti noteikt, kura no vardarbības formām ir atstājusi vislielāko ietekmi uz bērna veselību un attīstību. [30.]

Emocionālā vardarbība ir grūti novērtējams fenomens. [2;4.] Tās izplatību un biežumu ietekmē sabiedrībā akceptētās normas un sabiedrības kultūras faktori. Tomēr, kā liecina dati no World SAFE (angl. - World Studies of Abuse in the Family Environment) projekta, kas tika veikts piecās pasaules valstīs – Čīlē, Ēģiptē, Indijā, Filipīnās un ASV, emocionālā vardarbība ir sastopama katrā no šiem reģioniem. Izplatītākā vecāku emocionālā reakcija ir kliegšana uz bērniem. Par kliegšanu uz bērniem pēdējo sešu mēnešu laikā augstāk minētajās valstīs ziņoja 70%-85% māšu. Lielākas atšķirības starp valstīm bija vērojamas bērnu lamāšanas un pazemošanas izplatībā – sākot 15% un 17% Čīlē un ASV līdz 44% Ēģiptē. [4.]

Pētījumā Svazilendā, kurā tika aptaujāti 2000 bērnu vecumā no sešiem līdz 18 gadiem, tika konstatēts, ka par pazemojošu emocionālu vardarbību biežāk ziņoja gados vecāki bērni. [4.] ASV veiktā pētījumā, kurā tika analizēta valsti reprezentējoša datu bāze par bērniem, kas cietuši no vardarbības un vecāku nevērības, arī tika secināts, ka lielāks risks uz emocionālu vardarbību ir gados vecākiem bērniem. [32.]

Lai gan tiek uzskatīts, ka zēni un meitenes ir vienādi pakļauti emocionālās vardarbības riskam, [33.] pētījumi, kuros tiek veikta pieaugušo aptauja par bērnība pieredzēto vardarbību, sievietes par emocionālo vardarbību bērnībā ziņo biežāk nekā vīrieši. [34;35.]

Nevērība pret bērnu

Nevērība pret bērnu var tikt skaidrota kā pasīvā vardarbība pret bērnu, kuras gadījumā bērns cieš vecāku nolaidības dēļ. PVO Pasaules ziņojumā par vardarbību un veselību kā nevērība pret bērnu tiek definēti tie gadījumi, kuros vecāki nav spējuši nodrošināt bērna attīstībai nepieciešamo veselības, izglītības, emocionālās attīstības, uztura, pajumtes un drošības jomā. [4.] Bērnu tiesību aizsardzības likuma 1.panta 11.punkts vecāku nolaidību definē kā bērna aprūpes un uzraudzības pienākumu nepildīšanu. [7.]

Pēc Civillikuma 177.panta bērna aprūpe nozīmē vecāku aizgādību līdz bērna pilngadības sasniegšanai, t.i., ēdiena, apģērba, mājokļa un veselības aprūpes nodrošināšanu, bērna kopšanu un viņa izglītošanu un audzināšanu (garīgās un fiziskās attīstības nodrošināšanu, pēc iespējas ievērojot viņa individualitāti, spējas un intereses un sagatavojot bērnu sabiedriski derīgam darbam). [36.] Daži aspekti no termina „nevērība pret bērnu" skaidrošanas daļēji pārklājas ar emocionālas vardarbības pret bērnu definīciju. Pie tiem pieder vecāku nespēja nodrošināt bērna vispusīgu attīstību, rūpējoties par bērna veselību, izglītību, emocionālo attīstību, uzturu, pajumti un drošu dzīvošanai piemērotu vidi. [4.] No definīcijām izriet, ka nevērība pret bērnu jeb bērna atstāšana novārtā ir definējama kā vecāku pienākumu pret bērnu nepildīšana, kas nenodrošina pilnvērtīgu bērna attīstību. Savukārt,

emocionālā vardarbība pret bērnu ir sastopama gadījumos, kad vecāki ar savu rīcību ne-fiziskā veidā nodara ļaunumu bērna psihiskajai veselībai. Piemēram, bērna pamatvajadzību pēc ēdiena un pajumtes ignorēšana būtu attiecināma uz atstāšanu novārtā, turpretī, gadījumos, kad bērns tiek deprivēts (atstumts) no sociāliem kontaktiem ar vecākiem un vecāku atsaucības, tā būtu jāklasificē kā emocionāla vardarbība pret bērnu. [37.]

Vairākās ekonomiski attīstītās valstīs nevērība pret bērnu veido lielāko daļu no ziņotajiem gadījumiem par vardarbību pret bērnu ģimenē, bez tam vairāki vardarbības veidi, tai skaitā nevērība, bieži vien ir savstarpēji saistīti. [38;39;40.] ASV valsts iestādēs, kuras sniedz bērnu aizsardzības pakalpojumus, 61% no ziņotajiem vardarbības gadījumiem veido nevērība pret bērnu. [41.]

Apkopojot pētījumus, kas veikti vairākās valstīs, secināts, ka meitenes nevērībai ir pakļautas biežāk nekā zēni. [2.] Starp abiem dzimumiem ASV gandrīz 8 no 10 ziņotajiem gadījumiem par nevērību pret bērnu notiek pret bērniem vecumā līdz četru gadu vecumam. [41.]

Bērnībā gūtā nelabvēlīgā pieredze

Šobrīd ir pietiekami daudz informācijas par bērnībā gūtās traumējošās pieredzes negatīvo ietekmi ilgtermiņā uz cilvēka veselību. XX gadsimta 90.gados veiktie literatūras apskati, kas apliecina, ka depresija, izolācijas sajūta un stigmatizācija, zema pašapziņa, zema pašcieņa, un atkarības vielu lietošana ir visbiežāk sastopamie ilgtermiņa efekti bērnu pakļaušanai jebkura veida vardarbībai un atstāšanai novārtā. [42.] Jaunākie atzinumi norāda uz tiem pašiem efektiem, bet vēl ietver arī daudzus psihopataloģiskus traucējumus, kā, piemēram, pašnāvības mēģinājumus, paniku, disociatīvus traucējumus, posttraumatiska stresa traucējumus un asociālu uzvedību. [43,44,45.]

Tieši vai netieši arī mājsaimniecības/ģimenes nepilnības un disfunkcija var izraisīt negatīvas psihosociālas un veselības sekas ilgtermiņā. [46.] Bērna dzīvošana ģimenē, kurā kāds no ģimenes locekļiem ir alkoholiķis, atkarīgs no narkotikam, garīgi nevesels, vai arī atrodas vai ir atradies ieslodzījumā, negatīvi ietekmē šī bērna turpmāko dzīvi. Piemēram, bērniem, kuri ir dzīvojuši ģimenēs, kurās ir atkarības vielu lietošanas problēmas, ir augstāks agresijas līmenis, hiperaktivitāte, impulsivitāte, nemiers, kā arī ir augstāka nepilngadīgo noziedzība. Šiem bērniem ir grūtības ar pašnoteikšanos, salīdzinot ar tiem bērniem, kuriem nav bijusi šāda ģimenes vēsture. [47.] Līdzīgi ir arī situācijās, kad bērns aug ģimenē, kur ir izplatīta vardarbība, vai arī viņa vecāki nedzīvo kopā vai ir šķīrušies. Pētījumi rāda, ka šiem bērniem ir ievērojami augstāks risks tikt iesaistītiem likumpārkāpumos, atkarības vielu lietošanā, skolas neapmeklēšanā un ir savstarpējo attiecību problēmas.[47.]

Bērnu ļaunprātīga izmantošana un atstāšana novārtā parasti nav tikai atsevišķs gadījums, visdrīzāk cietušie bērni to ir piedzīvojuši atkārtoti un vienlaicīgi dažādos veidos. [48.]

Pētījums par bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi *(angl. The Adeverse Childhood Experiences (ACE) study)* ir sadarbības projekts starp Amerikas Savienoto valstu (ASV) Slimību kontroles un profilakses centru *(Center for Disease Control and Prevention)* un Kaiser Permanente klīniku ASV. Šis ir plašs epidemioloģisks pētījums, kas prospektīvi un retrospektīvi pēta respondentu bērnībā gūto negatīvo/traumatisko pieredzi, kā arī stresa un ģimenes disfunkcijas ietekmi ilgtermiņā uz veselību, sociālām problēmām un dzīves kvalitāti. Šī pētījuma ietvaros tika izstrādāta samērā vienkārša metode, kā novērtēt katra respondenta pakļaušanu traumatiskai pieredzei bērnībā - bērnībā piedzīvotās nelabvēlīgās pieredzes noteikšanas skala (ACE skala). Šī skala atspoguļo kumulatīvā stresa līmeni. [49.] ACE skala tiek izmantota daudzās zinātniskajās publikācijās starptautiski recenzētos zinātniskajos žurnālos.

METODOLOĢIJA

Pētījuma datu vākšana par Latvijas jauniešu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi ar PVO Eiropas reģionālā biroja atbalstu tika realizēta no 2010.gada oktobra līdz 2011.gada martam. Veselības ekonomikas centra[1] speciālisti adaptēja pētījuma metodoloģiju, organizēja un koordinēja pētījuma norisi, analizēja pētījuma datus un sagatavoja ziņojumu. Pētījuma datu vākšanai tika piesaistīta tirgus, sociālo un mediju pētījumu aģentūra „TNS Latvia".

1. Pētījuma mērķis un uzdevumi

1.1. Pētījuma mērķis

Pētījuma mērķis ir noskaidrot Latvijas jauniešu bērnībā piedzīvotās nelabvēlīgās pieredzes izplatību.

1.2. Pētījuma uzdevumi

1. Noskaidrot vardarbības pret bērniem un bērnībā piedzīvotās nelabvēlīgās pieredzes izplatību Latvijā.
2. Noskaidrot veselības stāvokļa atšķirības starp respondentiem, kuri bērnībā ir piedzīvojuši nelabvēlīgu pieredzi, un respondentiem, kuriem šādas pieredzes nav.
3. Identificēt galvenās sociālās determinantes, kas veido atšķirības starp respondentiem, kuri bērnībā ir piedzīvojuši nelabvēlīgu pieredzi, un tiem, kuriem šādas pieredzes nav.
4. Identificēt riska faktorus, kas ietekmē bērnībā piedzīvotās nelabvēlīgās pieredzes izplatību.
5. Novērtēt dažādu riska faktoru saistību ar bērnībā piedzīvotās nelabvēlīgās pieredzes izplatību pētījuma mērķa populācijā.
6. Analizēt datus par respondentu veselības pašvērtējumu un veselības sūdzībām saistībā ar bērnībā piedzīvotu nelabvēlīgo pieredzi.

1.3. Pētījuma mērķa populācija

Šī pētījuma mērķa populācija ir 12. klases skolēni vispārizglītojošās skolās (vidusskolās) un 3., 4. kursa studenti profesionālajās izglītības iestādēs jeb Latvijas jaunieši vecumā no 18 gadiem.[2]

2. Pētījuma metodoloģija

Šī ir šķērsgriezuma populācijas pētījuma izmēģinājuma aptauja (pilotpētījums). Pētījuma metode - specializēta aptauja (Ad hoc) piecās Latvijas pilsētās.

Aptaujas metode - pašaizpildāmas papīra anketas (PAPI). Anketas tika ievāktas aizlīmētās aploksnēs, speciāli tam paredzētās aptaujas anketu kastēs, nodrošinot respondentu sniegto atbilžu anonimitāti un konfidencialitāti.

[1] *Apvienojot Veselības ekonomikas centru un Veselības norēķinu centru 2011. gada 1.novembrī izveidots Nacionālais Veselības dienests, MK rīkojums nr. 436 „Par Veselības norēķinu centra un Veselības ekonomikas centra reorganizāciju". 2012.gada 1.aprīlī izveidots Slimību profilakses un kontroles centrs, saskaņā ar MK rīkojumu Nr.101 "Par Slimību profilakses un kontroles centra izveidošanu un Veselības ministrijas un Zemkopības ministrijas padotībā esošo valsts pārvaldes iestāžu reorganizāciju".*

[2] *Saskaņā ar Bērnu tiesību aizsardzības likuma 3.panta pirmo daļu, par bērnu ir uzskatāma persona, kas nav sasniegusi 18 gadu vecumu. Saskaņā ar Jaunatnes likuma 1.pantu par jaunieti ir uzskatāma persona vecumā no 13 līdz 25 gadiem.*

2.1. Pētījuma norise

2.1.1. Pētījuma sagatavošana

Lai nodrošinātu skolu atsaucību, Veselības ekonomikas centra (VEC) darbinieki sagatavoja vēstuli ar informāciju par plānoto pētījumu un lūgumu skolas vadībai atbalstīt datu vākšanas procesu. Arī LR Veselības ministrija (VM) un LR Izglītības un zinātnes ministrija (IZM) sagatavoja vēstuli ar lūgumu atbalstīt pētījuma norisi izglītības iestādēs.

Pirms datu vākšanas uzsākšanas pētījuma procedūra tika saskaņota ar Centrālo Medicīnas ētikas komisiju. Ētikas komisijā tika iesniegts Pētījuma par Latvijas jauniešu bērnībā gūto vardarbības pieredzi protokols, anketu paraugi, VEC vēstules uzmetums izlasē iekļuvušo skolu direktoriem. Centrālā Medicīnas ētikas komisija savā 2010.gada 21.oktobra lēmumā Nr.7 atzina, ka šis pētījums nav pretrunā ar bioētikas normām.

2.1.2. Intervētāju apmācība

Apmācību semināra ietvaros intervētāji tika iepazīstināti ar pētījuma mērķi un metodoloģiju. Katram intervētājam tika sagatavots individuāls darba uzdevums, kurā tika definēti pētījuma īstenošanas posmi un prasības. Intervētāju apmācības seminārā piedalījās Pasaules Veselības organizācijas, Veselības ministrijas, Veselības ekonomikas centra pārstāvji, kā arī psihologs, kurš sagatavoja pētījuma intervētājus psiholoģisku problēmu risināšanai, ja tās rastos respondentiem datu savākšanas laikā.

2.2. Pētījuma aptaujas anketa

Kā pētījuma instruments pamatā izmantota The Adverse Childhood Expierences (ACE) Study aptaujas anketa. Šī anketa ir izstrādāta pagājušā gadsimta 90. gados, Amerikas Savienoto valstu (ASV) Slimību kontroles un profilakses centram *(Center for Disease Control and Prevention - CDC)* sadarbojoties ar Kaiser Permanente Sandjego Veselības novērtēšanas klīniku *(Kaiser Permanente's SanDiego Health Appraisal Clinic)* ASV.[3] Šī aptaujas anketa strukturēta pēc dzimuma: atsevišķa anketa sievietēm un vīriešiem. Anketa ietver jautājumus par bērnībā pieredzēto pakļaušanu emocionālai un fiziskai vardarbībai (angl. abuse) un par vardarbību ģimenē, izmantotie jautājumi ir no Konfliktu taktikas skalas (Conflicts Tactics Scale; CTS; Straus&Gelles, 1990) [50.]. Jautājumi par bērnībā piedzīvoto seksuālo vardarbību ir adaptēti no Wyatt pētījuma (Wyatt,1985) [51.]. Savukārt, lai izmērītu bērnībā piedzīvoto emocionālo un fizisko atstāšanu novārtā *(angl. neglect)*, anketā tika izmantoti Bērnības traumu anketas (Childhood Trauma Questionnaire; CTQ; Bernstein et al.,1994) jautājumi [52.]. Aptaujas anketā ir iekļauti arī jautājumi par bērnībā pieredzētām problēmām ģimenē, kuru sekas varētu būt bijusi vardarbība: atkarības vielu lietošanu, garīgām slimības, vardarbīgu izturēšanos ģimenē pret māti/pamāti, kā arī par ģimenes locekļu ar kriminālu sodāmību esamību. Anketā ir jautājumi par veselības paradumiem un fiziskās veselības pašnovērtējumu, kā arī jautājumi par veselības sūdzībām un simptomiem.

Aptaujas anketa tika tulkota no angļu valodas latviešu un krievu valodā. Aptaujas anketas jautājumi tika adaptēti Latvijas situācijai, kā arī tika pārbaudīta jēdzienu atbilstība. Aptaujas anketa tika papildināta arī ar validētiem jautājumiem par respondentu veselības paradumiem, veselības sūdzībām no Starptautiskā skolēnu veselības paradumu pētījuma *(angl. Health Behaviour in School-aged Children - HBSC)*.[4] Aptaujas anketa ir anonīma.

[3] *http://www.cdc.gov/nccdphp/ace/*

[4] *http://www.hbsc.org*

2.3. Izlase

Pētījums tika veikts 5 Latvijas pilsētās, jo šajās pilsētās atrodas gan vidusskolas, gan profesionālās izglītības iestādes. Izlasē tika iekļautas:

- Rīgas pilsētas skolas.
- Kurzemē: Liepājas pilsētas skolas.
- Zemgalē: Jelgavas pilsētas skolas.
- Vidzemē: Cēsu pilsētas skolas.
- Latgalē: Daugavpils pilsētas skolas.

Tika izmantota mērķtiecīga kvotu izlase, kas balstīta uz 4 parametriem:

- Mācību iestādes atrašanās vieta (pilsēta).
- Mācību iestādes tips (vispārizglītojošā skola (vidusskola)/profesionālā izglītības iestāde).
- Mācību valoda (latviešu/krievu).
- Respondenta dzimums (vīrietis/sieviete).

Plānotais izlases lielums bija vismaz 2000 respondenti, lai iegūtu 1200 pilnībā aizpildītas anketas. Datu vākšanas procesa rezultātā tika savāktas 1259 aizpildītas papīra anketas. Savukārt, datu tīrīšanas rezultātā datu failā tika saglabāti 1223 ieraksti (anketas).

2.3.1. Izlases struktūra

1.tabula. Noteiktās izlases proporcijas atbilstoši katram no 4 kvotu parametriem

	Mācību iestādes tips		Mācību valoda		Respondenta dzimums		Kopā	
	vispārizglītojošā skola (vidusskola) n	profesionālā izglītības iestāde n	latviešu n	krievu n	vīr. n	siev. n	n	%
Rīga	360	240	420	180	300	300	**600**	**50%**
Liepāja	90	60	105	45	75	75	**150**	**12,5%**
Jelgava	90	60	105	45	75	75	**150**	**12,5%**
Cēsis	90	60	105	45	75	75	**150**	**12,5%**
Daugavpils	90	60	105	45	75	75	**150**	**12,5%**
Kopā (n)	**720**	**480**	**840**	**360**	**600**	**600**	**1200**	**100%**
Kopā (%)	**60%**	**40%**	**70%**	**30%**	**50%**	**50%**		

2.tabula. Sasniegtās izlases struktūra atbilstoši katram no 4 kvotu parametriem

	Mācību iestādes tips		Mācību valoda		Respondenta dzimums		Kopā	
	vispārizglītojošā skola (vidusskola) n	profesionālā izglītības iestāde n	latviešu n	krievu n	vīr. n	siev. n	n	(%)
Rīga	355	257	411	201	317	295	**612**	**50,0%**
Liepāja	113	37	109	41	74	76	**150**	**12,3%**
Jelgava	90	70	131	29	63	97	**160**	**13,1%**
Cēsis	87	68	155	0	95	60	**155**	**12,7%**
Daugavpils	80	66	53	93	66	80	**146**	**11,9%**
Kopā (n)	**725**	**498**	**859**	**364**	**615**	**608**	**1223**	**100%**
Kopā (%)	**59,3%**	**40,7%**	**70,2%**	**29,8%**	**50,3%**	**49,7%**		

2.4. Pētījuma datu vākšana

Pētījuma datu vākšanu veica 14 īpaši šī pētījuma veikšanai apmācīti intervētāji.

Atbilstoši plānotajai izlases struktūrai un skolēnu/audzēkņu statistikas precizēšanai no 2010. gada 29. novembra līdz 1. decembrim tika veikta skolu rekrutācija. Intervētāji anketēšanu skolās realizēja no 2010. gada 14. decembra līdz 2011. gada 11. februārim.

Intervētāji saskaņā ar savu darba plānu sazinājās ar atlasē iekļauto skolu vadību, informēja par pētījumu un vienojās par laiku, kad var ierasties skolā, lai veiktu aptauju. Ierodoties skolā, intervētāji skolas direktoram nodeva atbalsta vēstules no VM, IZM un VEC, pārrunāja ar skolas vadību un aptaujājamās klases audzinātāju aptaujas norisi izvēlētajās klasēs.

Ierodoties klasē, intervētājs informēja aptaujas dalībniekus par pētījuma gaitu, mērķiem, iegūtās informācijas konfidencialitāti un tiesībām atteikties no pētījuma. Tad aptaujas dalībniekiem tika izdalītas aptaujas anketas un aploksnes. Katrs aptaujas dalībnieks aizpildīja anketu un pēc aizpildīšanas anketu ievietoja aploksnē, aizlīmēja to un pats (-i) ielika speciālā kastē vai nodeva intervētājam.

Pēc aptaujas norises klasē intervētājs visas aizpildītās anketas ievietoja kastē, kuru aizlīmēja. Intervētājs aizpildīja speciālu klases formu, kurā norādīja kopējo skolēnu skaitu klasē un to skolēnu skaitu, kuri piedalās aptaujā. Noslēgumā intervētājs pateicās aptaujas dalībniekiem par piedalīšanos pētījumā.

2.5. Datu ievade, apstrāde un datu faila sagatavošana

Visas anketas tika reģistrētas, sekojot līdzi kvotu parametriem, kā arī tika pārbaudīta to aizpildīšanas kvalitāte. Kvalitatīvi aizpildītās anketas tika nodotas datu ievadei.

Anketas tika ievadītas speciāli izstrādātā ievadīšanas programmā, kas darbojas FoxPro 2.6a vidē. Datu ievades procesā tika veikta anketu aizpildīšanas kvalitātes sekundārā pārbaude. Tika veikta ievadīto datu kontrole, 10% no anketām tika ievadītas atkārtoti un dati salīdzināti. Pēc ievades dati tika eksportēti uz SPSS un tika veikta datu faila sagatavošana (t.sk. mainīgo nosaukumu, jaunu mainīgo ieviešana).

2.5.1. Datu tīrīšana

Datu tīrīšana tika veikta pa soļiem:

- Pārbaudīta katra respondenta atbilstība pētījuma mērķa grupai.
- Pārbaudīta atbilžu loģika attiecībā pret jautājuma formulējumu un instrukcijām (t.sk. anketas filtriem).
- Pārbaudīta savstarpēji saistītu jautājumu atbilžu loģika (saiknes).
- Nepieciešamības gadījumā anketas papīra formātā tika pārbaudītas atkārtoti. Aizpildīšanas kvalitātes neatbilstību gadījumos tika veiktas attiecīgo datu tīrīšanas procedūras.

2.5.2. Kvalitātes kontrole

Kvalitātes kontrole tika veikta visās pētījuma stadijās. Pētījuma kontroles posmi: intervētāju un anketu aizpildīšanas kvalitātes kontrole, datu kontrole.

- Intervētāju darba kontrole (darba uzdevuma prasību izpildes kontrole, t.sk. ievākto anketu, skolas/klašu formu u.c. dokumentācijā sniegtās informācijas pārbaude).
- Vairākkārtīga (divkārša/trīskārša) anketu aizpildīšanas kvalitātes kontrole.
- Datu ievades kontrole (10% no anketām tika ievadītas atkārtoti un dati salīdzināti).
- Datu faila pārbaude, kas ietver datu tīrīšanu un kontroli.
- Pētījuma ietvaros tika ievērots ESOMAR tirgus un sociālo pētījumu veikšanas kodekss un standarti.

2.6. Bērnībā piedzīvotās nelabvēlīgās pieredzes noteikšana (ACE skala)

Lai novērtētu katra respondenta bērnībā piedzīvoto nelabvēlīgo pieredzi, tika izmantota bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes skala *(Adverse Childhood Expierence Score – ACE Score; turpmāk tekstā ACE skala)*.[5] Visi jautājumi, kuri ir izmantoti šajā skalā, attiecas uz laiku līdz respondenta 18 gadu vecumam. ACE skalā ir noteiktas desmit kategorijas: emocionālā vardarbība, fiziskā vardarbība, seksuālā vardarbība, emocionālā atstāšana novārtā, fiziskā atstāšana novārtā, atkarības vielu lietošana ģimenē, garīgās veselības problēmas ģimenē, vardarbība ģimenē pret māti/pamāti, vecāku šķiršanās vai dzīvošana šķirti, ieslodzījumā esošu ģimenes locekļu esamība. Katras kategorijas noteikšanai ir izmantoti noteikti aptaujas anketas jautājumi. Skalā katras kategorijas novērtējums var būt: „0", kur respondents konkrētajā kategorijā nav ne uz vienu jautājumu norādījis savu pakļaušanu noteiktam vardarbības vai negatīvās pieredzes veidam, un „1", kur respondents vismaz vienā jautājumā ir norādījis uz savu pakļaušanu noteiktam vardarbības vai negatīvās pieredzes veidam. Skalā visas desmit kategorijas tiek summētas, un šis summārais lielums ir amplitūdā no „0" (nav bijis (-usi) pakļauts (-a)) līdz „10" (ir bijis (-usi) pakļauts (-a) visās ACE skalas kategorijās).

Emocionālās vardarbības noteikšanai tika izmantoti divi aptaujas anketas jautājumi ar atbilžu kategorijām „nekad", „vienu, divas reizes", „reizēm", „bieži", „ļoti bieži": *1. „Tev augot, cik bieži kāds no Taviem vecākiem, pamāte/patēvs vai cits Tavās mājās dzīvojošs pieaugušais lamāja Tevi, aizvainoja vai pazemoja?"; 2. „Rīkojās tā, ka Tu baidījies, ka Tev varētu tikt nodarītas fiziskas sāpes?"* Emocionālā vardarbība tika definēta, ja respondenti vienā vai abos jautājumos bija atzīmējuši atbildi „bieži" vai „ļoti bieži".

Fiziskās vardarbības noteikšanai tika izmantoti divi jautājumi ar atbilžu kategorijām „nekad", „vienu, divas reizes", „reizēm", „bieži", „ļoti bieži": *„Tev augot, cik bieži kāds no Taviem vecākiem, pamāte/patēvs vai cits Tavās mājās dzīvojošs pieaugušais: 1. Tevi purināja, grūstīja, iepļaukāja vai meta ar cietu priekšmetu?; un 2. Sita tik stipri, ka Tev palika sitiena pēdas vai tiki savainots (-a)?* Fiziskā vardarbība tika definēta, ja pirmajā jautājumā respondenti bija atzīmējuši „bieži" vai „ļoti bieži", un/vai otrajā jautājumā tika atzīmējuši atbilžu variantu „vienu, divas reizes" vai „reizēm", „bieži", vai „ļoti bieži".

[5] *http://www.acestudy.org/*

Seksuālās vardarbības noteikšanai tika izmantoti divi jautājumi ar atbilžu kategorijām „jā", „nē": *„Vai līdz 18 gadu vecumam kāds pieaugušais, vai kāds, kurš ir bijis par Tevi vismaz piecus gadus vecāks ir: 1. Aizticis vai glāstījis Tavu ķermeni seksuālā veidā?"; 2. „Mēģinājis panākt jebkāda veida dzimumaktu (orālu, anālu vai vaginālu) ar Tevi?".* Seksuālā vardarbība tika definēta, ja kādā no šiem diviem jautājumiem, vai abos respondenti ir izvēlējušies atbildi „jā".

Emocionālā atstāšana novārtā *(emotional neglect)* tika novērtēta, izmantojot piecus jautājumus ar atbilžu kategorijām „nekad", „reti", „reizēm", „bieži", „ļoti bieži": *„Cik bieži katrs no šiem apgalvojumiem ir patiess, domājot par laiku līdz 18 gadiem: 1. Tavā ģimenē bija kāds, kurš Tev palīdzēja justies svarīgam (-ai) vai īpašam (-ai).; 2. Tu ģimenē juties mīlēts (-a);, 3. Cilvēki Tavā ģimenē cits par citu rūpējās.; 4. Tu juti, ka ģimenē kāds Tevi ienīst.; 5. Tu domāji, ka Tavi vecāki vēlas, kaut Tu nekad nebūtu piedzimis (-usi)."* Pirmajos trijos jautājumos tika izmantots Likerta[6] apgrieztās skalas princips. Emocionālā atstāšana novārtā tika definēta, ja respondenti kādā no pirmajiem trijiem jautājumiem tika atzīmējuši „nekad" vai „reti", bet ceturtajā un piektajā jautājumā atzīmēja kādu no atbilžu variantiem – „reizēm", „bieži", „ļoti bieži".

Fiziska atstāšana novārtā *(physical neglect)* tika novērtēta, izmantojot piecus jautājumus ar atbilžu kategorijām „nekad", „reti", „reizēm", „bieži", „ļoti bieži": *„Cik bieži katrs no šiem apgalvojumiem ir patiess, domājot par laiku līdz 18 gadiem: 1. Tev pietrūka ēdamā.; 2. Tavi vecāki/audžuvecāki bija pārāk piedzērušies vai apdulluši no narkotikām, lai rūpētos par ģimeni.; 3. Tev nācās valkāt netīru apģērbu.; 4. Tu zināji, ka ir kāds, kurš par Tevi rūpējas un pasargā.; 5. Nepieciešamības gadījumā bija kāds, kurš aizveda Tevi pie ārsta.".* Fiziskā atstāšana novārtā tika definēta, ja respondenti kādā no pirmajiem trijiem jautājumiem atzīmēja kādu no sekojošiem atbilžu variantiem „bieži", „ļoti bieži", bet ceturtajā un piektajā jautājumā respondenti atzīmēja atbilžu variantus „nekad", „reti". Ceturtajam un piektajam jautājumam tika izmantots Likerta apgrieztās skalas princips.

Atkarības vielu lietošana ģimenē *(substance use)* tika novērtēta, izmantojot divus jautājumus ar atbilžu kategorijām „jā", „nē": *1. „Vai Tavā ģimenē ir bijis kāds, kuram ir bijušas ar alkohola lietošanu saistītas problēmas vai kurš bija alkoholiķis (-e)?", 2. „Vai Tu esi dzīvojis kopā ar kādu, kurš lietoja narkotikas?".* Atkarības vielu lietošana ģimenē tika definēta, ja vismaz vienā vai arī abos jautājumos respondenti tika atzīmējuši atbildi „jā".

Garīgās veselības problēmas ģimenē *(mental illness in household)* tika novērtētas, izmantojot divus jautājumus ar atbilžu kategorijām „jā", „nē": *1. „Vai kāds Tavā ģimenē ir bijis ilgstoši nomākts vai psihiski slims?" un 2. „Vai kāds Tavā ģimenē ir mēģinājis izdarīt pašnāvību?".* Garīgās veselības problēmas ģimenē tika definētas, ja vienā vai arī abos jautājumos respondenti bija atzīmējuši atbildi „jā".

Vardarbība pret māti/pamāti tika novērtēta, izmantojot četrus jautājumus ar atbilžu kategorijām „nekad", „vienu, divas reizes", „reizēm", „bieži", „ļoti bieži": *„Kamēr Tu augi, cik bieži Tavs tēvs/patēvs vai mātes partneris: 1. Grūstīja, purināja, meta viņai ar kādu priekšmetu?; 2. Spēra, rāva aiz matiem vai sita viņai ar dūri, vai kādu cietu priekšmetu.; 3. Ilgstoši sita, spārdīja vairākas reizes.; 4. Draudēja viņai ar nazi vai šaujamieroci, vai izmantoja nazi vai šaujamieroci ar mērķi viņu savainot?".* Vardarbība pret māti/pamāti tika definēta, ja respondenti pirmajā jautājumā tika atzīmējuši „bieži" vai „ļoti bieži", vai otrajā jautājumā atzīmēja kādu no sekojošām atbildēm - „reizēm", „bieži", „ļoti bieži", vai arī trešajā un ceturtajā jautājumā tika izvēlējušies kādu no atbilžu variantiem „vienu, divas reizes", „reizēm", „bieži", „ļoti bieži".

Vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi tika novērtēta ar jautājumu atbilžu kategorijās „jā", „nē": *„Līdz Tev palika 18 gadi, vai Tavi vecāki jebkad ir dzīvojuši šķirti vai bijuši šķirušies?".* Vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi tika definēta, ja respondenti, aizpildot anketu, tika atzīmējuši atbildi „jā".

Ieslodzījumā esošu ģimenes locekļu esamība tika novērtēta, izmantojot jautājumu ar atbilžu kategorijām „jā", „nē": *„Vai kāds no Tavas ģimenes kādreiz ir bijis ieslodzīts cietumā?".* Ieslodzījumā esošu ģimenes locekļu esamība tika definēta, ja respondenti šajā jautājumā izvēlējās atbildi „jā".

Aptaujas datu analīzē saistībā ar ACE skalu tika analizēti 1001 respondenta dati. 222 respondentu dati tika no analīzes izslēgti, jo šiem respondentiem nebija iespējams ACE skalā aprēķināt visas desmit kategorijas respondentu atbilžu trūkuma dēļ uz noteiktiem skalas jautājumiem.

[6] *http://www.socialresearchmethods.net/kb/scallik.php*

REZULTĀTI

1. Pētījuma populācijas raksturojums

Kopumā datu analīzei tika izmantotas 1223 respondentu aizpildītās anketas. Aptaujā piedalījās gandrīz vienāds skaits vīriešu un sieviešu ar dažādu ģimenes sociālekonomisko statusu (skat. 3.tabulu). Respondentu vidējais vecums bija 18,56 gadi (standartnovirze 0,984).

3.tabula. Respondentu sociāldemogrāfiskais raksturojums

	n	%
Dzimums		
Vīrieši	**615**	**50,3**
Sievietes	**608**	**49,7**
Vecums		
18-25	**1223**	**100**
Pašreizējais ģimenes stāvoklis		
Nekad nav bijis (-usi) precējies (-usies)	**1088**	**89,4**
Neprecējies (-usies), bet dzīvo kopā ar partneri	**113**	**9,3**
Precējies (-usies)	**15**	**1,2**
Cits	**1**	**0,1**
Izglītības iestādes tips		
Vidusskola	**725**	**59,3**
Profesionālās izglītības iestāde	**498**	**40,7**
Tautība		
Latvieši	**799**	**65,3**
Krievi	**330**	**27,0**
Cita tautība	**94**	**7,7**
Ģimenes sociālekonomiskais statuss[7]		
Zemi ienākumi	**356**	**29,4**
Vidēji ienākumi	**451**	**37,2**
Augsti ienākumi	**405**	**33,4**
Respondenta mātes izglītība		
Pamatizglītība vai nepabeigta vidējā	**45**	**3,7**
Vispārējā vidējā	**151**	**12,3**
Vidējā speciālā	**352**	**28,8**
Augstākā vai nepabeigta augstākā	**556**	**45,5**
Respondenta tēva izglītība		
Pamatizglītība vai nepabeigta vidējā	**46**	**3,8**
Vispārējā vidējā	**163**	**13,3**
Vidējā speciālā	**385**	**31,5**
Augstākā vai nepabeigta augstākā	**326**	**26,7**

[7] *Ģimenes sociālekonomiskā statusa/ienākumu grupu noteikšanai tika izmantota ģimenes pārticības skala (angl. The Family Affluence Scale FAS , Currie et al. 2008.). [53.]*

4.tabulā redzams, ka vairums (80,9%) respondentu dzīvo pie saviem vecākiem. Nenovēro būtisku statistisku atšķirību pēc dzimuma un pašreizējās respondenta dzīvesvietas.

4.tabula. Respondentu pašreizējā dzīvesvieta

	Vīrieši		Sievietes		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Pie vecākiem	506	82,3	482	79,4	988	80,9
Kopmītnēs / dienesta viesnīcā / internātā	60	9,8	66	10,9	126	10,3
Pie radiniekiem	30	4,9	10	1,6	40	3,3
Drauga/draudzenes ģimenē	8	1,3	31	5,1	39	3,2
Dzīvo viens (-a) pats (-i)	32	5,2	24	4,0	56	4,6
Cits	12	2,0	46	7,6	58	4,7

2. Dzimumattiecības

Kopumā dzimumattiecības ir bijušas 74,2% (n=819) respondentu (73,6% vīriešu un 74,8% sieviešu). Ceturtajai daļai respondentu (25,8%, n=285) dzimumattiecības vēl nav bijušas.

Vidējais vecums, kurā respondenti ir pirmo reizi stājušies dzimumattiecībās, ir 16 gadi (skat. 5.tabulu).

5.tabula. Respondentu vecums, pirmo reizi stājoties dzimumattiecībās

	Skaits (n)	Minimālais vecums	Maksimālais vecums	Vidējais vecums	Standartnovirze
Vīrieši	410	11	21	16,02	1,43
Sievietes	409	12	21	16,26	1,35
Kopā	**819**	**11**	**21**	**16,14**	**1,40**

36,7% no respondentiem, kuriem bijušas dzimumattiecības norāda, ka dzimumattiecības ir bijušas ar diviem līdz trijiem partneriem. Kopumā trešdaļa (35,1% vīriešu un 25,5% sieviešu) respondentu norāda, ka dzimumattiecības viņiem ir bijušas ar četriem un vairāk partneriem. Pastāv statistiski ticama atšķirība dzimuma grupās saistībā ar partneru skaitu ($p<0,05$) (skat. 6.tabulu).

6.tabula. Respondentu sadalījums pēc partneru skaita, ar kuriem ir bijušas dzimumattiecības

	Vīrieši		Sievietes		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Viens partneris(-e)	115	31,8	134	34,5	249	33,2
2-3 partneri	120	33,1	155	39,9	275	36,7
4 un vairāk partneri	127	35,1	99	25,5	226	30,1
Kopā	**362**	**100**	**388**	**100**	**750**	**100**

$p<0,05$

Vairāk nekā puse (58%; n=458) respondentu, kuriem ir bijušas dzimumattiecības, norāda, ka pēdējā gada laikā dzimumattiecības ir bijušas ar vienu partneri (skat. 7.tabulu). Nepastāv statistiski ticama atšķirība dzimumu grupās saistībā ar dzimumattiecību partneru skaitu pēdējā gada laikā.

7.tabula. Respondentu sadalījums pēc partneru skaita, ar kuriem ir bijušas dzimumattiecības pēdējā gada laikā

	Vīrieši		Sievietes		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Neviens	41	10,4	11	2,8	52	6,6
Viens	201	51,1	257	64,9	458	58,0
Divi	66	16,8	74	18,7	140	17,7
Trīs un vairāk	85	21,6	54	13,6	139	17,6
Kopā	**393**	**100**	**396**	**100**	**789**	**100**

8.tabulā redzams, ka 84,7% respondentu (vīrieši 80,2% un sievietes 89,1%) ir apmierināti ar savu seksuālo dzīvi. Atšķirības dzimuma grupās saistībā ar apmierinātību ar seksuālo dzīvi ir statistiski ticamas (p<0,001).

8.tabula. Apmierinātība ar savu seksuālo dzīvi

	Vīrieši		Sievietes		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Jā	325	80,2	359	89,1	684	84,7
Nē	80	19,8	44	10,9	124	15,3
Kopā	**405**	**100**	**403**	**100**	**808**	**100**

2,9% (n=12) puišu atzīmēja, ka no viņiem kāda sieviete/meitene ir kādreiz palikusi stāvoklī. 8,7% (n=37) meiteņu norāda, ka viņām kādreiz ir iestājusies grūtniecība un 89,1% (n=33) no šīm meitenēm grūtniecība ir bijusi iestājusies vienu reizi. 9.tabulā redzams pirmās grūtniecības iznākums: vairums no sievietēm, kurām grūtniecība bija iestājusies, ir izvēlējušās izdarīt abortu. Kā arī lielākā daļa (81,1%; n=30) šo sieviešu ir norādījušas, ka šī pirmā grūtniecība ir bijusi neplānota.

9.tabula. Pirmās grūtniecības iznākums un grūtniecības plānošana.

	Sievietes, kurām ir bijusi iestājusies grūtniecība	
	n	%
Kā noslēdzās pirmā grūtniecība?		
Dzīva bērna piedzimšana	6	16,2
Nedzīva bērna piedzimšana/spontāns aborts	5	13,5
Izvēlējās izdarīt abortu	18	48,6
Cits	8	21,6
Kopā	**37**	**100**
Vai pirmā grūtniecība bija plānota?		
Jā	7	18,9
Nē	30	81,1
Kopā	**37**	**100**

Vidējais vecums, kad sievietēm iestājusies pirmā grūtniecība, ir 17,54 gadi. Analizējot vīriešu atbildes par vecumu, kad kāda sieviete no viņiem ir palikusi stāvoklī, šo sieviešu vidējais vecums ir gandrīz 19,67 gadi (skat. 10.tabulu).

10.tabula. Sieviešu, kuras ir palikušas stāvoklī, vecums

	Skaits (n)	Minimālais vecums	Maksimālais vecums	Vidējais vecums	Standartno-virze
Kāds bija jaunākās meitenes/sievietes vecums, kura no Tevis palikusi stāvoklī?	12	15	28	19,67	3,798
Cik gadu vecumā Tu pirmo reizi paliki stāvoklī?	37	15	21	17,54	1,502

3. Veselības paradumi

3.1. Smēķēšana

54,2% (n=652) respondentu norāda, ka savas dzīves laikā ir izsmēķējuši vismaz 100 cigaretes. 39,4% (n=471) norāda, ka smēķē šobrīd. Lielākais (47,4%) šobrīd smēķējošo respondentu īpatsvars norāda, ka vidēji dienā izsmēķē 6-10 cigaretes. Vairāk nekā trešā daļa (33,8%) norāda, ka vidēji dienā izsmēķē 1-5 cigaretes. Dienā izsmēķēto cigarešu skaits statistiski ticami atšķiras dzimuma grupās (p<0,001). 45,0% respondentu (43,0% vīriešu un 47,3% sieviešu) norāda, ka regulāri smēķēt ir uzsākuši 15-16 gadu vecumā (skat. 11.tabulu).

11.tabula. Smēķēšanas paradumi dzimuma grupās

	Vīrieši		Sievietes		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Vai šobrīd smēķē?	***		***			
Jā	265	44,4	206	34,4	471	39,4
Nē	332	55,6	393	65,6	725	60,6
Kopā	**597**	**100**	**599**	**100**	**1196**	**100**
Dienā izsmēķēto cigarešu vidējais skaits.	***		***			
1-5 cigaretes	62	23,8	94	46,5	156	33,8
6-10 cigaretes	127	48,8	92	45,5	219	47,4
11 cigaretes un vairāk	71	27,3	16	7,9	87	18,8
Kopā	**260**	**100**	**202**	**100**	**462**	**100**
Vecums, kad tika sākts regulāri smēķēt?						
Līdz 14 gadu vecumam	76	29,9	51	25,2	127	27,9
15-16 gadu vecumā	125	49,2	106	52,5	231	50,7
17 gadu vecumā un vēlāk	53	20,9	45	22,3	98	21,5
Kopā	**254**	**100**	**202**	**100**	**456**	**100**

*** p≤0,001

3.2. Pakļaušana pasīvai smēķēšanai bērnībā

49,9% respondentu atzīmēja, ka bērnībā tēvs smēķēja viņu klātbūtnē, citi ģimenes locekļi - 43,8%. Savukārt māte smēķējusi 24,9% respondentu klātbūtnē. Kopumā ģimenes locekļi pasīvai smēķēšanai bērnībā tika pakļāvuši 68,3% (n=810) aptaujas dalībnieku (skat. 12.tabulu). Novēro statistiski ticamu sakarību pakļaušanai pasīvai smēķēšanai sociālekonomiskā statusa grupās un tautības grupās (p<0,01). Vairāk pasīvai smēķēšanai bērnībā tika pakļauti respondenti ar zemu un vidēju sociālekonomisko statusu un krievu tautības aptaujas dalībnieki.

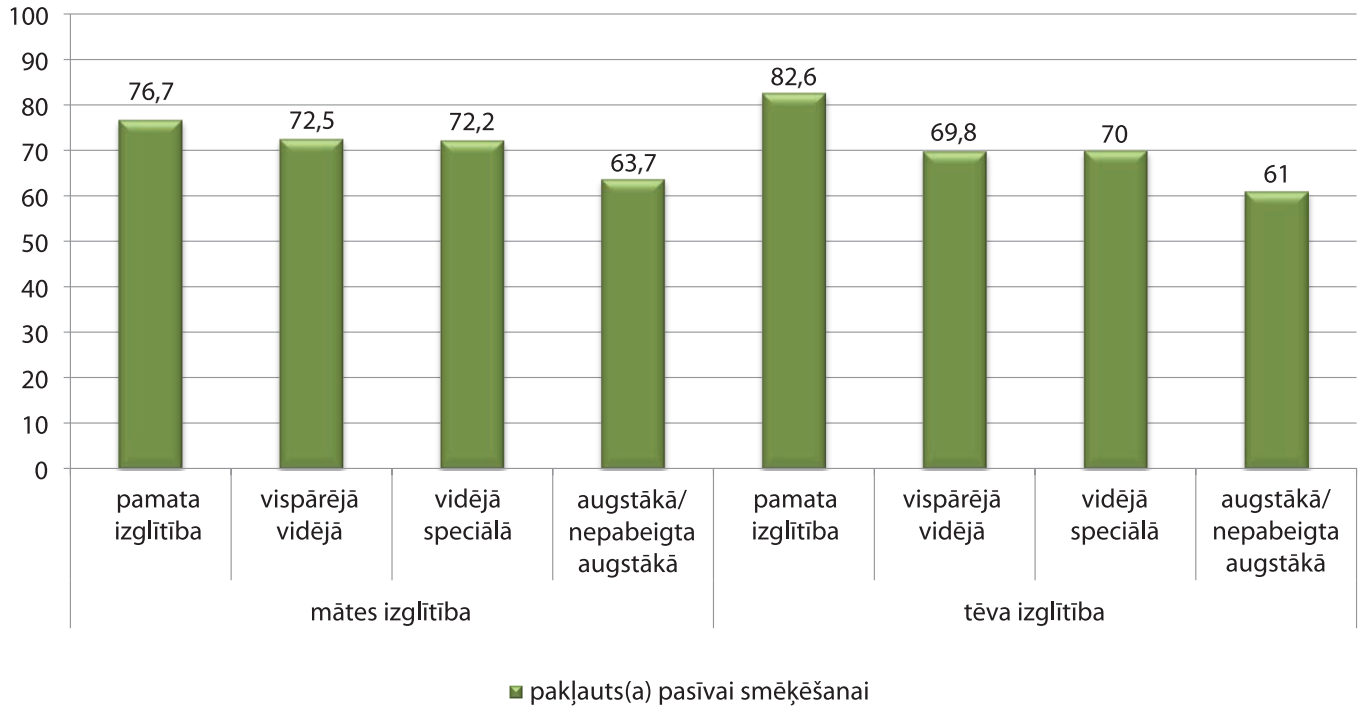
12.tabula. Pakļaušana bērnībā pasīvai smēķēšanai ģimenē (%)

	Dzimums		Sociālekonomiskais statuss**			Tautība**			Kopā	
	vīrieši	sievietes	zems	vidējs	augsts	latvieši	krievi	cita	n	%
Tika pakļauts (-a)	67,6	69,0	72,1	70,0	63,1	64,5	77,6	67,4	810	68,3
Netika pakļauts (-a)	32,4	31,0	27,9	30,0	36,9	35,5	22,4	32,6	376	31,7
Kopā	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**1186**	**100**

**p≤0,01

Statistiski ticamu sakarību novēro pakļaušanai pasīvai smēķēšanai bērnībā saistībā ar vecāku izglītību (p<0,01). Visvairāk pasīvai smēķēšanai bērnībā savā ģimenē tika pakļauti tie respondenti, kuru vecākiem ir pamatizglītība un vidējā vai vidējā speciālā izglītība (skat. 1.attēlu).

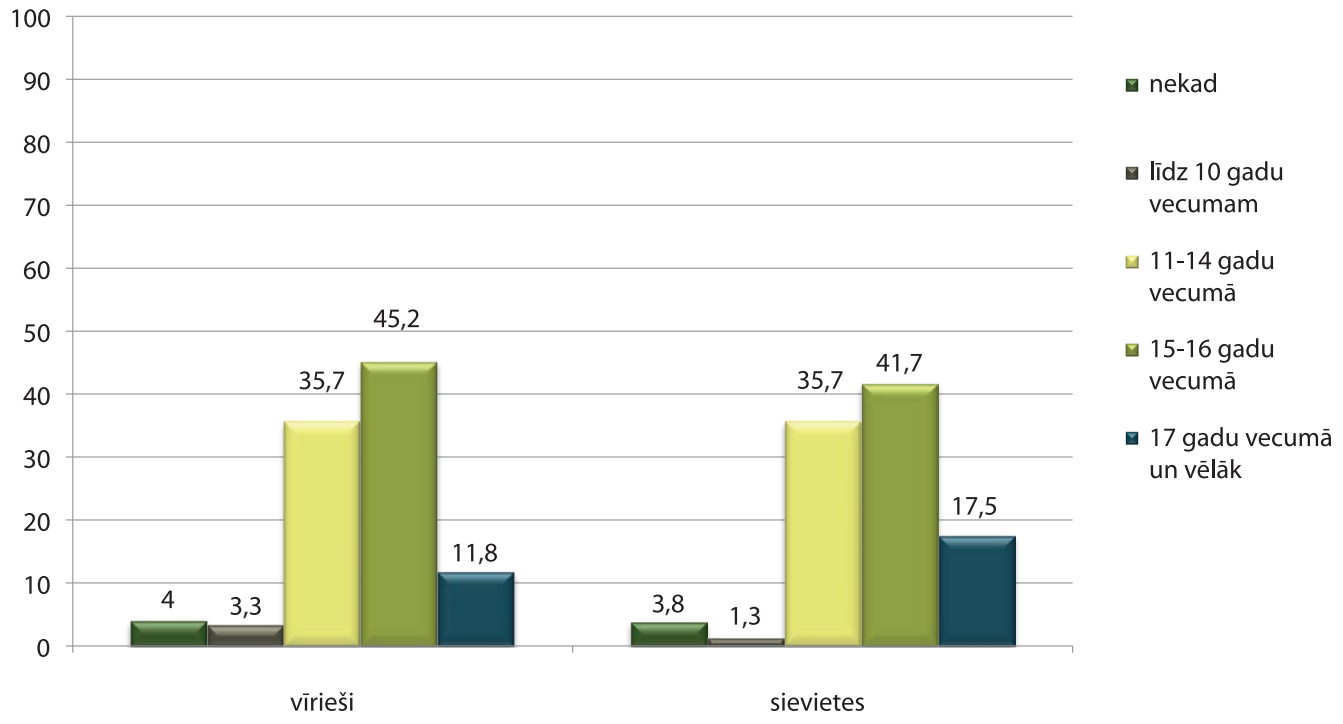
1.attēls. Respondentu pakļaušana pasīvai smēķēšanai bērnībā saistībā ar vecāku izglītību (%)



3.3. Alkohola lietošana

Vidējais vecums, kad pirmo reizi ticis lietots alkohols vairāk kā tikai pagaršojot, ir 15 gadi (minimālais vecums - 6 gadi, maksimālais vecums - 20 gadi, standartnovirze - 1,845). Visaugstākais respondentu īpatsvars (43,4%), kuri pirmo reizi alkoholu tika lietojuši vairāk kā tikai pagaršojot, ir vecumā no 15 līdz 16 gadiem, 35,7% - vecumā no 11 līdz 14 gadiem, un 14,6% - 17 gadu vecumā un vēlāk. Līdz 10 gadu vecumam alkoholu pirmo reizi tika lietojuši 2,3% respondentu, bet nekad to nav lietojuši tikai 3,9%. Alkohola lietošanas uzsākšanas vecumam pastāv statistiski ticama atšķirība ($p<0,05$) dzimuma grupās - sievietes sāk lietot alkoholu lielākā vecumā (skat. 2.attēlu). Vidējais vecums, kad alkoholu uzsākuši lietot vīrieši ir 14,64 gadi (standartnovirze 1,948), bet sievietes - 14,94 gadi (standartnovirze 1,724).

2.attēls. Vecums, kurā tika pirmo reizi lietots alkohols dzimuma grupās (%)



13.tabulā redzams dažādu pašlaik lietoto alkoholisko dzērienu lietošanas biežums, saistībā ar dzimumu, sociālekonomisko statusu, tautību un mācību iestādes, kuru respondenti apmeklē, atrašanās vietu. Populārākais alkoholiskais dzēriens, kuru lieto visvairāk respondentu, ir alus. Alu visvairāk katru dienu lieto vīrieši, respondenti ar vidēju un augstu ģimenes sociālekonomisko statusu, latvieši un respondenti, kuri mācās Rīgas skolās. Līdzīga situācija ir ar stipro alkoholisko dzērienu lietošanas biežumu.

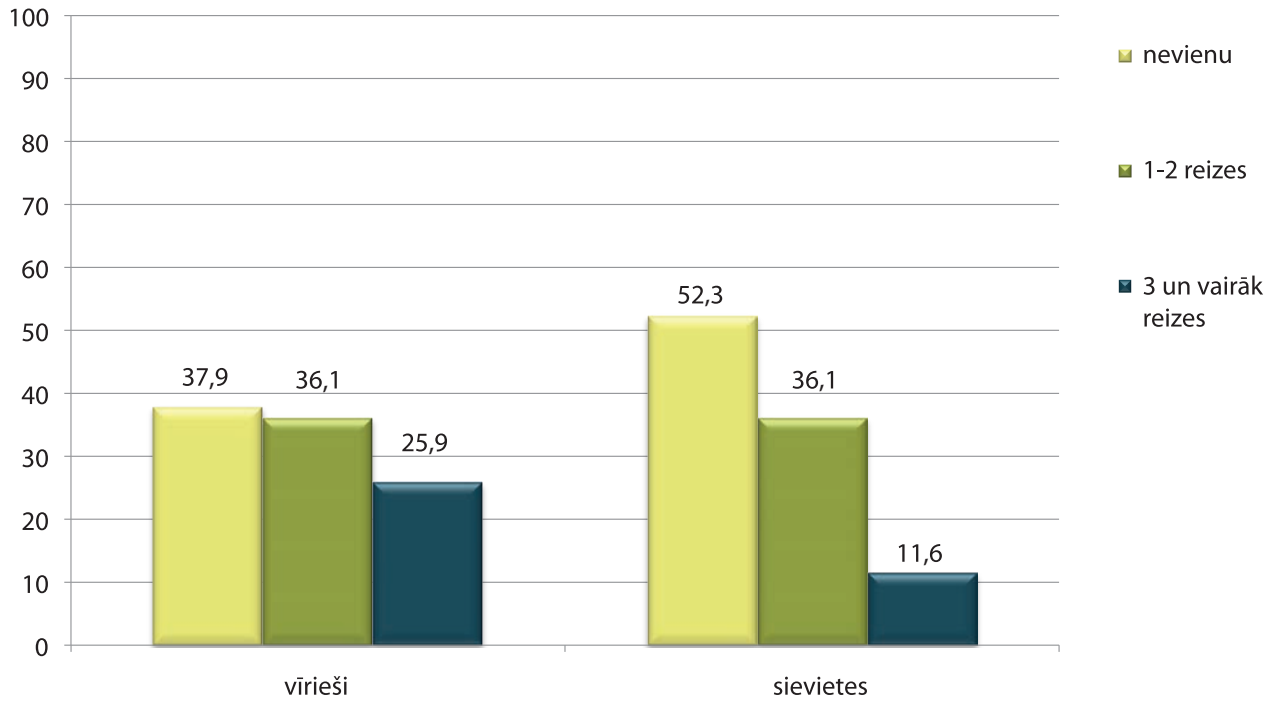
13.tabula. Alkoholisko dzērienu lietošanas biežums (%)

	Dzimums		Sociālekonomiskais statuss			Tautība			Skolas atrašanās vieta	
	vīrieši	sievietes	zems	vidējs	augsts	latvieši	krievi	cits	Rīga	pārējās pilsētas
Alus lietošanas biežums	***	***	*	*	*	***	***	***	***	***
Katru dienu	39,6	12,0	23,0	26,0	28,7	27,6	23,3	23,6	29,2	23,0
Katru mēnesi	27,8	14,6	20,9	21,0	22,6	24,5	16,6	11,2	22,0	20,8
Retāk vai nekad	36,6	73,4	56,1	53,0	48,7	47,9	60,1	65,2	48,8	56,2
Vīna lietošanas biežums	**	**	***	***	***				***	***
Katru dienu	4,2	5,1	2,9	4,2	6,7	4,5	5,2	4,4	6,6	2,7
Katru mēnesi	10,3	18,1	10,1	13,4	19,0	13,6	14,8	15,6	16,1	12,2
Retāk vai nekad	85,5	76,8	87,0	82,4	74,4	81,9	80,0	80,0	77,3	85,0
Stiprie alkoholiskie dzērieni/ liķieri	***	***	***	***	***					
Katru dienu	15,5	6,3	8,7	10,4	13,0	11,3	8,9	14,3	12,2	9,6
Katru mēnesi	28,1	18,4	18,0	23,6	27,7	25,9	17,9	19,8	24,0	22,6
Retāk vai nekad	56,4	75,3	73,3	66,1	59,3	62,8	73,2	65,9	63,8	67,9
Alkoholiskie kokteiļi	***	***	*	*	*	***	***	***		
Katru dienu	11,0	11,8	83	11,3	14,0	12,2	9,2	12,1	12,9	9,8
Katru mēnesi	18,9	31,0	24,0	26,8	24,4	28,4	16,9	22,0	23,5	26,4
Retāk vai nekad	70,2	57,2	67,7	61,9	61,7	59,4	73,9	65,9	63,5	63,9
Jebkurš cits alkoholiskais dzēriens			*	*	*				*	*
Katru dienu	10,6	9,9	9,1	8,2	13,4	10,7	8,4	12,0	11,5	8,9
Katru mēnesi	22,4	22,8	19,1	25,4	22,3	24,3	19,9	16,9	23,9	21,2
Retāk vai nekad	67,0	67,4	71,7	66,3	64,3	65,0	71,6	71,1	64,5	69,9

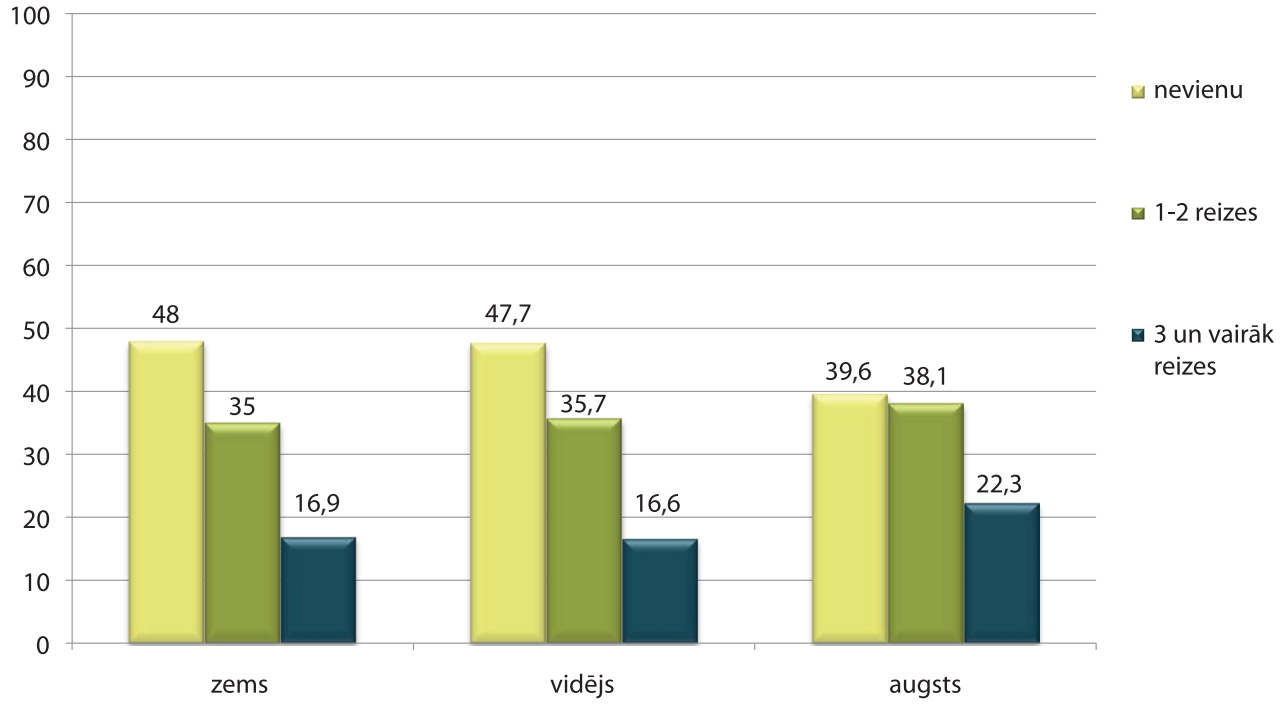
*p≤0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

Jautājumā par to, cik reižu respondenti ir bijuši piedzērušies pēdējā mēneša laikā, 45,1% respondentu norādīja, ka nevienu reizi. 36,3% atzīmēja, ka pēdējā mēneša laikā bijuši piedzērušies 1-2 reizes, bet 18,6% - trīs un vairāk reižu. Statistiska ticamība atšķirība piedzeršanās biežumam pēdējā mēneša laikā pastāv dzimuma ($p<0,001$) un ģimenes sociālekonomiskā statusa grupās ($p<0,01$) (skat. 3. un 4. attēlu).

3.attēls. Piedzeršanās biežums pēdējā mēneša laikā dzimuma grupās (%)



4.attēls. Piedzeršanās biežums pēdējā mēneša laikā pēc sociālekonomiskā statusa (%)



Anketā tika uzdots jautājums par to, vai respondentiem ir bijušas ar alkohola lietošanu saistītas problēmas, piemēram, likumpārkāpumi, problēmas ģimenē, skolā, ar veselību u.c.. Kopumā no visiem aptaujas dalībniekiem 18,6% (n=227) (19,2% vīriešu un 17,9% sieviešu) atzīmēja, ka viņiem ir bijušas ar alkohola lietošanu saistītas problēmas.

3.4. Narkotiku lietošana

Kopumā 27,8% (n=337) respondentu norāda, ka kādreiz ir lietojuši narkotikas. Statistiski ticamas sakarības vērojamas narkotiku lietošanai saistībā ar respondentu dzimumu, ģimenes sociālekonomisko statusu un mācību iestādes atrašanās vietu. 14.tabulā redzam, ka vairāk narkotikas lietojuši ir vīrieši, respondenti ar augstu sociālekonomisko statusu un tie, kuri mācās Rīgas izglītības iestādēs.

14. tabula. Narkotiku lietošana (%)

	Dzimums***		Sociālekonomiskais statuss***			Tautība			Skolas atrašanās vieta**		Kopā	
	vīrieši	sievietes	zems	vidējs	augsts	latvieši	krievi	citi	Rīga	pārējās pilsētas	n	%
Ir lietojis(-usi)	34,8	20,7	22,8	26,5	33,1	27,6	28,5	26,9	31,8	23,7	337	27,8
Nav lietojis(-usi)	65,2	79,3	77,2	73,5	66,9	72,4	71,5	73,1	68,2	76,3	877	72,2
Kopā	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**1214**	**100**

**p≤0,01; ***p≤0,001

No tiem respondentiem, kuri ir kādreiz lietojuši narkotikas, 59% (n=197) pirmo reizi tās pamēģināja 16-17 gadu vecumā, 23,1% (n=77) pamēģināja 11-15 gadu vecumā un 18% (n=60) - 18 gadu vecumā vai vēlāk. Savukārt, analizējot narkotiku lietošanas biežumu respondentiem, kuri ir lietojuši narkotikas, redzam, ka 1-2 reizes narkotikas lietojuši 29,6% (n=85), 3-5 reizes - 32,4% (n=93) un sešas un vairāk reizes - 38% (n=109).

8,4% (n=28) respondentu, kuri kādreiz ir lietojuši narkotikas, ir bijušas ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas, piemēram, likumpārkāpumi, sarežģījumi skolā, ģimenē, problēmas ar veselību. Par atkarīgiem no narkotikām sevi kādreiz ir uzskatījuši 6,3% (n=21) narkotikas lietojušo respondentu.

3.5. Pašnāvību mēģinājumi

Kopumā 6,1% (n=74) (vīrieši - 3,1%, n=19 un sievietes 9,2%, n=55) respondentu norāda, ka ir kādreiz mēģinājuši izdarīt pašnāvību. Atšķirības dzimuma grupās saistībā ar pašnāvības mēģinājumu ir statistiski ticamas (p<0,001).

Vidējais vecums, kad respondenti ir mēģinājuši izdarīt pašnāvību pirmo reizi, ir 15,05 gadi. Savukārt, vidējais vecums, kad pašnāvību ir mēģinājuši izdarīt pēdējo reizi, ir 16,35 gadi (skat. 15.tabulu).

15.tabula. Pašnāvību mēģinājumu izdarīšanas vidējais vecums un pašnāvību mēģinājumu reižu skaits

	Skaits (n)	Minimālais vecums	Maksimālais vecums	Vidējais vecums	Standartno-virze
Cik gadu vecumā Tu pirmo reizi mēģināji izdarīt pašnāvību?	73	11	20	15,05	2,040
Cik gadu vecumā Tu pēdējo reizi mēģināji izdarīt pašnāvību?	69	11	20	16,35	1,877
	Skaits (n)	**Minimālais reižu skaits**	**Maksimālais reižu skaits**	**Vidējais reižu skaits**	**Standartno-virze**
Cik reižu Tu esi mēģinājis (-usi) izdarīt pašnāvību?	70	1	8	2,04	1,479

Respondentiem, kuri ir mēģinājuši izdarīt pašnāvību, vidējais pašnāvību mēģinājumu skaits ir 2,04 (skat. 15.tabulu). Puse respondentu (51,4%, n=36), kuri veikuši pašnāvības mēģinājumu, to ir darījuši vienu reizi, divas reizes - 20% (n=14) un trīs un vairāk reižu - 28,6% (n=20). Savukārt, 21,9% (n=16) respondentu kāda pašnāvības mēģinājuma rezultātā guva savainojumus, saindējās vai pārdozēja kādas vielas, kā rezultātā bija jāārstējas.

3.6. Ķermeņa masas indekss

Apaujas anketā respondentiem bija jānorāda savs ķermeņa svars un auguma garums. No šiem respondentu datiem tika aprēķināts ķermeņa masas indekss (ĶMI). Ķermeņa masas indekss tiek aprēķināts pēc formulas: ĶMI= MASA(kg) ÷ AUGUMA GARUMS $(m)^2$

Pēc Pasaules Veselības organizācijas klasifikācijas ĶMI tiek iedalīts četrās kategorijās: ĶMI<18,5 - nepietiekama ķermeņa masa, 18,5-24,99 - normāla ķermeņa masa, 25-29,99 - lieka ķermeņa masa un virs 30 - aptaukošanās.

16. tabulā redzams ĶMI sadalījums dzimuma grupās. Nepietiekamas ķermeņa masas īpatsvars ir lielāks sievietēm nekā vīriešiem, attiecīgi 16,1% un 5,3%. Savukārt liekas ķermeņa masas un aptaukošanās īpatsvars ir lielāks vīriešiem (13,5%). Novēro statistiski ticamu atšķirību ĶMI kategorijām saistībā ar respondentu dzimumu (p<0,001).

16.tabula. ĶMI dzimuma grupās

	Vīrieši		Sievietes		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Nepietiekama ķermeņa masa	32	5,3	96	16,1	128	10,7
Normāla ķermeņa masa	486	81,1	440	73,8	926	77,5
Lieka ķermeņa masa	72	12,0	54	9,1	126	10,5
Aptaukošanās	9	1,5	6	1,0	15	1,3
Kopā	**599**	**100**	**596**	**100**	**1195**	**100**

Tomēr respondenti paši, īpaši sievietes, samērā kritiski vērtē savu svaru, un kopumā gandrīz ceturtdaļa (24,7%) uzskata, ka ir mazliet par resnu vai pārāk resns (-a). Pastāv statistiski ticama atšķirība svara pašvērtējumam pēc dzimuma (p<0,001) (skat. 17.tabulu).

17. tabula. Respondentu svara pašvērtējums

	Vīrieši		Sievietes		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
Pārāk tievs (-a)	17	2,8	12	2,0	29	2,4
Mazliet par tievu	148	24,1	45	7,4	193	15,8
Ne par tievu, ne par resnu	367	59,7	332	54,6	699	57,2
Mazliet par resnu	76	12,4	202	33,2	278	22,7
Pārāk resns (-a)	7	1,1	17	2,8	24	2,0
Kopā	**615**	**100**	**608**	**100**	**1223**	**100**

24,6% vīriešu un 46,9% sieviešu pēdējā gada laikā ir ievērojuši diētu, mainījuši ēšanas paradumus vai arī darījuši kaut ko citu, lai samazinātu vai arī palielinātu savu svaru. Pastāv statistiska ticamība svara ietekmēšanas mēģinājumiem dzimuma grupās (p<0,001).

4.Bērnībā gūtā nelabvēlīgā pieredze

Kā jau minēts metodoloģijas sadaļā, bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes noteikšanai tika izmantota ACE skala, kurā ietilpst 10 kategorijas:

1. emocionālā vardarbība,
2. fiziskā vardarbība,
3. seksuālā vardarbība,
4. emocionālā atstāšana novārtā,
5. fiziskā atstāšana novārtā,
6. atkarības vielu lietošana ģimenē,
7. garīgās veselības problēmas ģimenē,
8. vardarbība ģimenē pret māti/pamāti,
9. vecāku šķiršanās vai dzīvošana atsevišķi,
10. ieslodzījumā esošu ģimenes locekļu esamība.

Katras ACE skalā iekļautās kategorijas izplatība dzimuma grupās ir atainota 18. tabulā. No visiem vardarbības veidiem emocionālai vardarbībai tika pakļauti visvairāk - kopumā 31,5% - respondentu (28,0% vīriešu un 35,1% sieviešu). Savukārt fiziskai vardarbībai tika pakļauti 16,4% (14,9% vīriešu un 17,9% sieviešu) respondentu un seksuālai vardarbībai - 10,3% (6,3% vīriešu un 13,7% sieviešu). Apskatot ACE skalas sadaļu par atstāšanu novārtā bērnībā, redzam, ka 35,9% respondentu tika piedzīvojuši emocionālu atstāšanu novārtā un gandrīz trešdaļa (27,0%) - fizisku atstāšanu novārtā. Savukārt ACE skalas sadaļā par ģimenes disfunkciju (problēmām) lielākais respondentu īpatsvars (46,4%) bērnībā tika pakļauti atkarības vielu lietošanas ietekmei ģimenē un 42,3% tika izjutuši vecāku šķiršanās ietekmi. 19,3% respondentu tika piedzīvojuši ģimenes locekļu ilgstošu nomāktību vai arī psihisku slimību, vai pašnāvības mēģinājumus.

18.tabula. Bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes izplatība dzimuma grupās saskaņā ar ACE skalas kategorijām

ACE skalas kategorijas	Vīrieši		Sievietes		Kopā	
	n	%	n	%	n	%
PAKĻAUŠANA VARDARBĪBAI BĒRNĪBĀ						
Emocionālā vardarbība *(1.Bieži vai ļoti bieži lamāja Tevi, aizvainoja vai pazemoja. 2. Jebkad rīkojās tā, ka Tu baidījies, ka Tev varētu tikt nodarītas fiziskas sāpes.)*						
Jā	170	28,0	212	35,1	382	31,5
Nē	437	72,0	392	64,9	829	68,5
Fiziskā vardarbība *(1.Reizēm, bieži vai ļoti bieži purināja, grūstīja, iepļaukāja vai meta ar cietu priekšmetu. 2. Jebkad sita tik stipri, ka Tev palika sitiena pēdas vai tiki savainots (-a).)*						
Jā	90	14,9	108	17,9	198	16,4
Nē	516	85,1	496	82,1	1012	83,6
Seksuālā vardarbība *(1. Kāds pieaugušais ir aizticis vai glāstījis Tavu ķermeni seksuālā veidā. 2. Kāds pieaugušais mēģinājis panākt jebkādu dzimumaktu (orālu, anālu vai vaginālu) ar Tevi.)*						
Jā	36	6,3	74	13,7	110	10,3
Nē	492	93,2	465	86,3	957	89,7
ATSTĀŠANA NOVĀRTĀ						
Emocionālā atstāšana novārtā *(1.Reizēm, bieži vai ļoti bieži Tu domāji, ka Tavi vecāki vēlas, kaut Tu nekad nebūtu piedzimi (-usi)s. 2. Reizēm, bieži vai ļoti bieži juti, ka kāds ģimenē tevi ienīst. 3.Nekad vai reizēm Tavā ģimenē bija kāds, kurš Tev palīdzēja justies svarīgam (-ai) vai īpašam (-ai). 4. Nekad, reti Tu ģimenē juties mīlēts (-a). 5. Nekad vai reti cilvēki Tavā ģimenē cits par citu rūpējās.)*						
Jā	214	35,7	217	36,2	431	35,9
Nē	386	64,3	383	63,8	769	64,1
Fiziskā atstāšana novārtā *(1. Bieži vai ļoti bieži Tev pietrūka ēdamā. 2.Bieži vai ļoti bieži Tavi vecāki/audžuvecāki bija pārāk piedzērušies vai apdulluši no narkotikām, lai rūpētos par ģimeni. 3. Bieži vai ļoti bieži Tev nācās valkāt netīru apģērbu. 4. Nekad vai reti Tu zināji, ka ir kāds, kurš par Tevi rūpējās un pasargāja. 5.Nekad vai reti nepieciešamības gadījumā bija kāds, kurš aizveda Tevi pie ārsta.)*						
Jā	155	26,1	165	28,0	320	27,0
Nē	439	73,9	424	72,0	863	73,0
ĢIMENES DISFUNKCIJA						
Vardarbība pret māti ģimenē *(1.Bieži vai ļoti bieži Tavs tēvs vai mātes partneris grūstīja, purināja meta Tavai mātei ar kādu priekšmetu. 2. Jebkad ilgstoši sita, spārdīja vairākas minūtes. 3. Jebkad draudēja viņai ar nazi vai šaujamieroci, vai izmantoja nazi vai šaujamieroci ar mērķi viņu savainot. 4. Reizēm, bieži vai ļoti bieži spēra viņai, rāva aiz matiem vai sita viņai ar dūri, vai cietu priekšmetu.)*						
Jā	50	8,2	102	16,9	152	12,6
Nē	558	91,8	500	83,1	1058	87,4
Vecāku šķiršanās *(1.Vai Tavi vecāki jebkad ir dzīvojuši šķirti vai bijuši šķīrušies?)*						
Jā	232	38,1	281	46,5	513	42,3
Nē	377	61,9	323	53,5	700	57,7
Atkarības vielu lietošana ģimenē *(1. Vai Tavā ģimenē ir bijis kāds, kuram ir bijušas ar alkohola lietošanu saistītas problēmas vai kurš bija alkoholiķis? 2. Vai Tu esi dzīvojis kopā ar kādu, kurš lietoja narkotikas?)*						
Jā	234	39,3	318	53,5	552	46,4
Nē	362	60,7	276	46,5	638	53,6
Garīgā veselība ģimenē *(1.Vai kāds Tavā ģimenē ir bijis ilgstoši nomākts vai psihiski slims? 2. Vai kāds Tavā ģimenē ir mēģinājis izdarīt pašnāvību?)*						
Jā	91	14,9	144	23,8	253	19,3
Nē	520	85,1	461	76,2	981	80,7
Ieslodzījumā esošas/bijušas personas esamība ģimenē *(1.Vai kāds no Tavas ģimenes kādreiz ir bijis ieslodzīts cietumā?)*						
Jā	37	6,0	64	10,6	101	8,3
Nē	575	94,0	540	89,4	1115	91,7

19.tabulā redzam, ka kopumā tikai 16,9% respondentu līdz 18 gadu vecumam nav bijuši pakļauti nelabvēlīgai pieredzei (ACE skalā=0). No 1-3 punktiem ACE skalā ir 56,3% respondentu, bet 4-10 punkti ir vairāk kā ceturtdaļai (26,9%) aptaujas dalībnieku.

ACE skalā 4 un vairāk punkti biežāk ir sievietēm, krievu un citu tautību respondentiem un aptaujas dalībniekiem ar zemu ģimenes sociālekonomisko statusu. Atšķirības šajos rādītājos saistībā ar ACE skalas kategorijām ir statistiski ticamas (skat. 19.tabulu).

19.tabula. Bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes (ACE skala) izplatība saistībā ar sociāldemogrāfiskajiem rādītājiem

	Skaits (n)	ACE skalas kategorijas (%)				
		0	1	2	3	≥ 4
Dzimums ***						
Vīrieši	493	20,1	24,3	21,7	13,8	20,1
Sievietes	508	13,8	18,3	19,7	14,8	33,5
Tautība ***						
Latvieši	667	19,2	21,6	20,7	14,8	23,8
Krievi	249	13,3	19,7	21,3	14,1	31,7
Cita tautība	74	8,1	24,3	18,9	10,8	37,8
Mācību iestādes tips						
Vidusskola	610	17,1	23,0	18,4	14,4	26,7
Profesionālā izglītības iestāde	391	15,6	18,7	24,3	14,1	27,1
Sociālekonomiskais statuss **						
Zems	291	13,7	18,9	19,2	15,5	32,6
Vidējs	336	16,4	19,4	26,0	14,5	23,8
Augsts	337	20,2	25,2	16,0	13,4	25,2
Skolas atrašanās vieta						
Rīga	490	15,5	20,4	21,6	12,9	29,6
Pārējās pilsētas	511	18,2	22,1	19,8	15,7	24,3
Visi respondenti	1001	16,9	21,3	20,7	14,3	26,9

**p≤0,01; ***p≤0,001

Kā viens no faktoriem, kurš var būt saistīts ar bērna pakļaušanu nelabvēlīgai pieredzei, ir bieža dzīves vietas maiņa, pat ja tas notiek vienas pilsētas ietvaros. 20.tabulā redzama saistība starp dzīves vietas maiņas biežumu un ACE skalu. Respondenti, kuriem ACE skalā ir 4 un vairāk punkti, ievērojami biežāk ir mainījuši savu dzīves vietu bērnībā nekā respondenti, kuriem ACE skalā ir 0 punkti vai 1-3 punkti. Atšķirība šajās grupās ir statistiski ticama (p<0,001).

20.tabula. Dzīvesvietas maiņas biežums bērnībā saistībā ar bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi (ACE skala)

	Skaits (n)	ACE skalas kategorijas (%)				
		0	1	2	3	≥ 4
Dzīvesvietas maiņas biežums bērnībā.						
Nevienu	369	20,9	25,7	19,8	13,8	19,8
1 reizi	265	19,2	20,8	18,9	14,7	26,4
2-3reizes	249	13,7	21,3	21,7	16,1	27,3
4 un vairāk reizes	117	6,0	8,5	25,6	11,1	48,7

p≤0,001

Kā reakcija piedzīvotai nelabvēlīgai pieredzei bērnībā varētu būt bēgšana no mājām. 64,8% respondentu, kuriem ACE skalā ir 4 un vairāk punkti, norāda, ka ir mēģinājuši bēgt no savām mājām. Atšķirības ACE skalai saistībā ar bēgšanu no mājām ir statistiski ticamas (p<0,001) (skat. 21.tabulu).

21.tabula. ACE skala saistībā ar bēgšanu no mājām uz vairāk nekā vienu dienu

	Skaits(n)	ACE skalas kategorijas (%)				
		0	1	2	3	≥ 4
Bēgšana no mājām/bērnunama uz vairāk nekā vienu dienu.						
Jā	369	20,9	25,7	19,8	13,8	19,8
Nē	265	19,2	20,8	18,9	14,7	26,4

**p≤0,001

5. ACE skalas saistība ar respondentu veselības paradumiem

Tika analizēti respondentu veselības paradumi saistībā ar ACE skalu. 22.tabulā var redzēt, ka pastāv statistiski ticamas sakarības ACE skalai ar respondentu veselības paradumiem. Sliktāki veselības paradumi ir respondentiem, kuriem nelabvēlīga pieredze bērnībā ir bijusi lielāka (ACE skalā 4 un vairāk punkti).

22.tabula. ACE skala saistībā ar veselības paradumiem

	Skaits (n)	ACE skalas kategorijas (%)				
		0	1	2	3	≥ 4
Vai ir bijušas dzimumattiecības? **						
Jā	685	16,2	18,8	21,2	13,6	30,2
Nē	239	17,2	27,2	21,8	15,1	18,8
Partneru skaits, ar kuriem ir bijušas dzimumattiecības. ***						
1	201	19,4	21,4	21,9	13,9	23,4
2-3	241	15,4	21,2	20,3	10,8	32,4
4 un vairāk	192	16,1	18,6	18,2	16,7	39,1
Vai savas dzīves laikā ir izsmēķētas vismaz 100 cigaretes? ***						
Jā	540	14,8	17,6	21,9	15,4	30,4
Nē	450	19,6	25,8	18,7	13,3	22,7
Vecums, kad tika sākts regulāri smēķēt (tiem, kuri savas dzīves laikā izsmēķējuši vismaz 100 cigaretes).						
Nesmēķē	55	23,6	18,2	14,5	16,4	27,3
Līdz 14 gadu vecumam	137	11,7	10,9	20,4	21,9	35,0
15-16 gadu vecumā	228	17,9	19,3	22,4	13,6	29,8
17 gadu vecumā un vēlāk	106	14,2	22,6	24,5	9,4	29,2
Pakļaušana ģimenē pasīvai smēķēšanai bērnībā. ***						
Nav pakļauts (-a)	321	22,7	25,2	20,2	13,7	18,1
Ir pakļauts (-a)	657	14,0	19,5	20,7	14,8	31,1
Cik gadu vecumā Tu pirmo reizi lietoji alkoholu vairāk nekā tikai pagaršojot? **						
Nekad	37	13,5	18,9	29,7	10,8	27,0
Līdz 10 gadu vecumam	19	15,8	10,5	36,8	10,5	26,3
11-14 gadu vecumā	360	15,6	16,9	20,8	13,3	33,3
15-16 gadu vecumā	430	18,1	24,0	18,8	16,5	22,6
17 gadu vecumā un vēlāk	143	16,8	25,9	21,7	12,6	23,1
Piedzeršanās reizes pēdējā mēneša laikā. **						
Nevienu	442	19,0	24,4	18,8	11,8	26,0
1-2 reizes	365	15,3	19,5	23,0	18,9	23,3
3 reizes un vairāk	190	14,7	17,4	21,1	11,1	35,8
Vai ir bijušas ar alkohola lietošanu saistītas problēmas? ***						
Jā	187	7,6	10,9	17,9	18,5	45,1
Nē	817	19,0	23,6	21,3	13,3	22,8
Vai kādreiz ir lietotas narkotikas? ***						
Jā	276	12,3	15,2	23,9	15,9	33,0
Nē	723	18,7	23,5	19,4	13,8	24,6
Narkotisko vielu lietošanas reizes (tie, kuri norādīja, ka narkotikas ir lietojuši).*						
1-2	67	19,4	16,4	17,9	17,9	28,4
3-5	83	15,7	16,9	28,9	10,8	27,7
6 un vairāk	87	4,6	17,2	24,1	17,2	36,8
Vai ir bijušas ar narkotiku lietošanu saistītas problēmas? (tiem, kuri ir tās lietojuši).***						
Jā	24	8,4	12,5	12,5	4,2	62,5
Nē	252	12,7	15,5	25,0	16,7	30,2
Vai pēdējā gada laikā ir ievērojis diētu, mainījis ēšanas paradumus vai darījis kaut ko citu, lai ietekmētu savu svaru (samazinātu vai palielinātu)? ***						
Jā	361	11,4	19,1	20,8	14,7	34,1
Nē	640	20,0	22,5	20,6	14,1	22,8
Cik dienas pēdējās nedēļas laikā Tu esi bijis (-usi) fiziski aktīvs (-a) vismaz 60 minūtes? ***						
Nevienu dienu	106	8,5	20,8	17,0	12,3	41,5
1-2 dienas	271	17,3	18,8	17,7	17,3	28,8
3-4 dienas	351	18,2	20,5	23,4	14,5	23,4
5 dienas un vairāk	230	19,1	26,1	19,6	11,3	23,9

*p<0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

6. ACE skalas saistība ar respondentu veselības pašvērtējumu, ārsta apmeklējumiem, veselības sūdzībām un simptomiem

Kopumā 44,8% respondentu norāda, ka viņu veselības stāvoklis ir labs, 35,6% uzskata, ka veselības stāvoklis ir diezgan labs. 17,2% respondentu domā, ka viņu veselības stāvoklis ir vidējs, bet slikts un diezgan slikts - 2,4%.

23.tabulā redzam ACE skalas saistību ar respondentu veselības pašnovērtējumu. Lielāks īpatsvars respondentu ar ACE skalā 4 un vairāk punktiem, kuri savu veselību novērtē kā vidēju vai diezgan sliktu vai sliktu. Atšķirības šajās grupās ir statistiski ticamas (p<0,001).

23.tabula. ACE skala saistībā ar respondentu veselības pašnovērtējumu

	Skaits (n)	ACE skalas kategorijas (%)				
		0	1	2	3	≥ 4
Veselības stāvokļa pašvērtējums.						
Labs	444	20,5	25,9	22,1	12,8	18,7
Diezgan labs	352	17,0	22,2	19,9	13,9	27,0
Vidējs	174	9,2	10,3	19,0	19,5	42,0
Diezgan slikts	16	12,5	6,2	0	6,2	75,0
Slikts	7	0	0	28,6	28,6	42,9

p≤0,001

Ir ievērojami lielāks respondentu īpatsvars ar 4 un vairāk punktiem ACE skalā starp tiem, kuri ir kavējuši kaut vai vienu skolas dienu stresa vai nomāktības sajūtas dēļ, nekā tiem respondentiem, kuri nav kavējuši nevienu dienu. Atšķirības šajās grupās ir statistiski ticamas (p<0,001) (skat.24.tabulu).

24.tabula. ACE skala saistībā ar respondentu kavētajām skolas dienām veselības problēmu dēļ.

	Skaits (n)	ACE skalas kategorijas (%)				
		0	1	2	3	≥ 4
Pēdējā mēneša laikā kavētās skolas dienas stresa vai nomāktības sajūtas dēļ. ***						
Neviena	753	19,4	23,2	21,5	14,2	21,6
1-2 dienas	144	11,1	17,4	20,1	9,7	41,7
3 un vairāk dienas	100	7,0	13,0	16.0	20,0	44.0
Pēdējā mēneša laikā kavētās skolas dienas sliktas fiziskās veselības dēļ.						
Neviena	639	17,4	22,2	21,3	14,7	24,4
1-2 dienas	190	15,8	21,1	18,4	13,2	31,6
3 un vairāk dienas	168	16,1	18,5	21,4	13,1	31,0

***p≤0,001

25.tabulā redzama ACE skalas saistība ar respondentu ārsta apmeklējumu skaitu pēdējā gada laikā. Trešā daļa respondentu, kuriem ACE skalā ir 4 un vairāk punkti, pie ārsta pēdējā gada laikā ir vērsušies 3 un vairāk reizes. Atšķirības starp ACE skalas kategorijām un ārsta apmeklējumu skaitu ir statistiski ticamas (p<0,05).

25.tabula. ACE skala saistībā ar ārsta apmeklējumu skaitu pēdējā gada laikā

	Skaits (n)	ACE skalas kategorijas (%)				
		0	1	2	3	≥ 4
Ārsta apmeklējumu skaits pēdējā gada laikā.						
Neviens	233	15,9	22,7	26,2	10,7	24,5
1	178	19,7	21,9	22,5	11,2	24,7
2	205	19,0	23,9	17,1	17,1	22,9
3-4	195	15,4	21,0	17,9	16,9	28,7
5 un vairāk	181	14,9	17,1	19,3	14,9	33,7

*p<0,05

Pastāv statistiski ticamas atšķirības starp ACE skalas kategorijām un respondentu veselības sūdzībām pēdējo sešu mēnešu laikā (skat. 26.tabulu). Lielāks ir respondentu īpatsvars ar 4 un vairāk punktiem ACE skalā starp tiem, kuriem veselības sūdzības pēdējo sešu mēnešu laikā ir bijušas vismaz reizi nedēļā, nekā respondentiem, kuriem šīs sūdzības ir bijušas retāk vai arī to nav bijis vispār.

Pastāv statistiski ticamas atšķirības starp ACE skalas kategorijām un slimību simptomiem (skat.26.tabulu). Ievērojami lielāks ir respondentu īpatsvars ar 4 un vairāk punktiem ACE skalā starp tiem, kuriem ir bijuši aptaujas anketā norādītie slimību simptomi, nekā aptaujas dalībniekiem, kuriem šo simptomu nav. Jāatzīmē, ka nepastāv statistiska ticamība ACE skalas kategorijām saistībā ar kaulu lūzumiem respondentiem.

26.tabula. ACE skala saistībā ar respondentu veselības sūdzībām pēdējā mēneša laikā un simptomiem, kuri jebkad ir bijuši

	Skaits (n)	ACE skalas kategorijas (%)				
		0	1	2	3	≥ 4
Sūdzības par galvassāpēm pēdējo 6 mēnešu laikā. ***						
Vismaz reizi nedēļā	259	12,7	14,3	18,5	15,1	39,4
Retāk vai nekad	723	18,8	23,8	20,7	14,1	22,5
Sūdzības par vēdera sāpēm pēdējo 6 mēnešu laikā. ***						
Vismaz reizi nedēļā	130	6,2	15,4	20,0	15,4	43,1
Retāk vai nekad	848	18,9	22,2	20,0	14,3	24,6
Sūdzības par muguras sāpēm pēdējo 6 mēnešu laikā. ***						
Vismaz reizi nedēļā	219	12,3	17,8	20,1	11,4	38,4
Retāk vai nekad	763	18,6	22,1	20,4	15,1	23,7
Sūdzības par nomāktību pēdējo 6 mēnešu laikā. ***						
Vismaz reizi nedēļā	237	6,8	14,3	13,9	17,3	47,7
Retāk vai nekad	737	20,6	23,6	21,8	13,4	20,5
Sūdzības par aizkaitināmību pēdējo 6 mēnešu laikā. ***						
Vismaz reizi nedēļā	406	9,4	17,5	17,5	16,0	39,7
Retāk vai nekad	578	22,7	23,7	22,1	13,3	18,2
Sūdzības par nervozitāti pēdējo 6 mēnešu laikā. ***						
Vismaz reizi nedēļā	301	7,3	15,9	17,9	15,0	43,9
Retāk vai nekad	682	21,6	23,5	21,3	14,2	19,5
Sūdzības par grūtībām iemigt pēdējo 6 mēnešu laikā. ***						
Vismaz reizi nedēļā	285	10,5	15,8	17,5	15,4	40,7
Retāk vai nekad	697	19,9	23,5	21,4	13,9	21,2
Sūdzības par galvas reiboņiem pēdējo 6 mēnešu laikā. ***						
Vismaz reizi nedēļā	104	10,6	4,8	10,6	12,5	61,5
Retāk vai nekad	874	18,0	23,2	21,3	14,5	23,0
Sūdzības par grūtībām koncentrēties pēdējo 6 mēnešu laikā. ***						
Vismaz reizi nedēļā	251	10,0	13,9	15,1	18,7	42,2
Retāk vai nekad	730	19,6	24,0	21,8	12,9	21,8
Kādreiz ir bijuši vai tagad ir kaulu lūzumi.						
Jā	336	17,0	21,7	19,6	15,2	26,5
Nē	654	17,1	21,1	20,9	13,9	26,9
Kādreiz ir bijušas vai tagad ir sāpes vai dedzinoša sajūta urinējot.***						
Jā	148	11,5	12,2	22,3	13,5	40,5
Nē	840	18,1	22,9	20,2	14,5	24,3
Kādreiz ir bijusi vai tagad ir vaginăla asiņošana menstruāciju starplaikā. ***						
Jā	38	2,6	5,3	15,8	15,8	60,5
Nē	464	14,7	19,4	20,3	14,7	31,0
Kādreiz ir bijusi vai tagad ir asiņošana no taisnās zarnas. *						
Jā	23	4,3	21,7	8,7	21,7	43,5
Nē	967	17,4	21,3	20,9	14,2	26,3
Vai Tev kādreiz ir atklāta vai ārstēta kāda seksuāli transmisīvā, jeb venēriskā slimība? ***						
Jā	22	0	4,5	36,4	0	59,1
Nē	970	17,4	21,8	20,3	14,6	25,9
Kādreiz ir bijušas vai tagad ir bailes no savām dusmām, jo vari zaudēt kontroli pār sevi. ***						
Jā	203	9,9	12,8	17,2	14,8	45,3
Nē	788	18,9	23,6	21,6	14,2	21,7
Kādreiz ir bijušas vai tagad ir halucinācijas. ***						
Jā	166	9,0	12,7	18,7	15,7	44,0
Nē	825	18,7	23,2	21,1	14,1	23,0

*p<0,05; **p≤0,01; ***p≤0,001

7. Veselības paradumu un veselības indikatoru izredžu attiecības atkarībā no ACE skalas punktiem

27.tabulā ir parādītas atsevišķu veselības paradumu un veselības indikatoru izredžu attiecības atkarībā no ACE skalas punktu izmaiņām, par atskaites kategoriju izvēloties „0" punktus ACE skalā, kas nozīmē, ka respondents nav bijis pakļauts nevienam pētītajam vardarbības vai negatīvās pieredzes veidam bērnībā visās ACE skalas kategorijās.

Kopumā vērojama tendence, ka lielākā daļā gadījumu pētīto veselību nelabvēlīgi ietekmējošo paradumu un veselību negatīvi raksturojošo indikatoru varbūtība, pieaugot ACE skalas punktu skaitam, pakāpeniski palielinās.

ACE skalas kategorijā ar ≥ 4 punktiem jaunieši gandrīz divas reizes biežāk smēķē un pēdējā mēneša laikā ir bijuši piedzērušies. Arī iespējamība ievērot diētu sava svara ietekmēšanai jauniešiem ACE skalas kategorijā ar ≥ 4 punktiem ir divas reizes lielāka nekā jauniešiem ACE skalas kategorijā ar 0 punktiem.

Kopumā jauniešiem ACE skalas kategorijā ar maksimālo punktu skaitu dzimumattiecību pieredze ir bijusi divas reizes biežāk, bet tieši agrīnu (11 - 15 gadi) dzimumattiecību - 3,5 reizes biežāk nekā respondentiem bez pētītajiem vardarbības vai negatīvās pieredzes veidiem bērnībā. Arī narkotisko vielu lietošanas varbūtība jauniešiem ACE skalas kategorijā ar ≥ 4 punktiem ir trīs reizes lielāka nekā jauniešiem ACE skalas kategorijā ar 0 punktiem. Palielinoties ACE skalas punktu lielumiem, visstraujāk pieaug pašnāvības mēģinājumu varbūtība, kas jauniešiem ACE skalas kategorijā ar ≥ 4 punktiem ir pat 12 reizes lielāka nekā jauniešiem, kuri nav bērnībā piedzīvojuši vardarbību vai citas analizētās negatīvās pieredzes.

27.tabula. Veselības paradumu un veselības indikatoru izredzes[8] atkarībā no ACE skalas punktiem

	ACE punkti				
	0	**1**	**2**	**3**	**≥ 4**
	n=169	n=213	n=207	n=143	n=269
VESELĪBAS PARADUMI					
Šobrīd smēķē. Jā / Nē	Ref. = 1	1,10NS 0,70 – 1,71	1,60* 1,03 – 2,50	1,70* 1,05 – 2,75	1,92** 1,25 – 2,93
Šobrīd lieto alkoholu. Vismaz reizi nedēļā / Katru mēnesi vai retāk vai nekad	Ref. = 1	0,71NS 0,44 – 1,16	0,66NS 0,40 – 1,70	1,52NS 0,66 – 2,68	1,14NS 0,70 – 1,84
Bijis piedzēries pēdējā mēneša laikā. Vismaz reizi / Nekad	Ref. = 1	0,99NS 0,65 – 1,50	1,76** 1,15 – 2,70	2,07** 1,29 – 3,34	1,63* 1,09 – 2,46
Jebkad mēģinājis lietot narkotikas. Jā / Nē	Ref. = 1	1,01NS 0,59 – 1,71	2,25** 1,36 – 3,72	2,09** 1,21 – 3,62	2,82*** 1,74 – 4,57
Jebkad mēģinājis izdarīt pašnāvību. Jā / Nē	Ref. = 1	0,37NS 0,33 – 4,15	2,68NS 0,55 – 13,15	5,10* 1,08 – 24,17	12,44*** 2,94 – 52,54
Ir bijušas dzimumattiecības. Jā / Nē	Ref. = 1	0,82NS 0,50 – 1,33	1,08NS 0,65 – 1,80	1,09NS 0,62 – 1,89	1,90** 1,14 – 3,18
Dzimumattiecības bijušas agrīni. 11 – 15 gados / Nav bijušas dzimumattiecības	Ref. = 1	0,94NS 0,48 – 1,85	1,46NS 0,74 – 2,87	1,68NS 0,90 – 3,11	3,48*** 1,80 – 6,72
Ievērojis diētu pagājušā gada laikā. Jā / Nē	Ref. = 1	1,42NS 0,89 – 2,28	1,63* 1,02 – 2,62	1,60NS 0,96 – 2,67	2,24*** 0,44 – 3,50
VESELĪBAS INDIKATORI					
Veselības pašvērtējums. Diezgan slikts vai slikts / Diezgan labs vai labs	Ref. = 1	0,37NS 0,33 – 4,16	0,46NS 0,41 – 5,17	2,37NS 0,50 – 11,26	5,48* 1,21 – 24,75
Nokavētas dienas skolā pēdējā mēneša laikā stresa vai depresijas dēļ. 3 vai vairāk / Neviena	Ref. = 1	1,56NS 0,60 – 4,02	1,85NS 0,72 – 4,73	3,46** 1,51 – 7,94	5,93*** 2,32 – 12,51
Nokavētas dienas skolā pēdējā mēneša laikā sliktas fiziskās veselības dēļ. 3 vai vairāk / Neviena	Ref. = 1	0,91NS 0,51 – 1,64	1,10NS 0,62 – 1,96	1,01NS 0,60 – 1,30	1,19NS 0,69 – 2,07
Galvassāpes pēdējo 6 mēnešu laikā. Vismaz reizi nedēļā / Retāk vai nekad	Ref. = 1	0,87NS 0,51 – 1,51	1,21NS 0,72 – 2,06	1,43NS 0,81 – 2,50	2,25*** 1,39 – 3,64
Vēdera sāpes pēdējo 6 mēnešu laikā. Vismaz reizi nedēļā / Retāk vai nekad	Ref. = 1	1,80NS 0,75 – 4,28	2,80* 1,22 – 6,42	2,73* 1,14 – 6,53	3,95*** 1,81 – 8,65
Muguras sāpes pēdējo 6 mēnešu laikā. Vismaz reizi nedēļā / Retāk vai nekad	Ref. = 1	1,24NS 0,71 – 2,17	1,59NS 0,92 – 2,75	1,14NS 0,62 – 2,12	2,39*** 1,44 – 3,96
Nomāktība pēdējo 6 mēnešu laikā. Vismaz reizi nedēļā / Retāk vai nekad	Ref. = 1	2,15* 1,10 – 4,17	2,66* 1,16 – 4,40	4,50*** 2,31 – 8,73	7,21*** 3,93 – 13,22
Aizkaitināmība pēdējo 6 mēnešu laikā. Vismaz reizi nedēļā / Retāk vai nekad	Ref. = 1	1,70* 1,06 – 2,71	1,90** 1,18 – 3,04	2,96*** 1,80 – 4,87	5,06*** 3,24 – 7,90
Nervozitāte pēdējo 6 mēnešu laikā. Vismaz reizi nedēļā / Retāk vai nekad	Ref. = 1	2,02* 1,14 – 3,55	2,46** 1,41 – 4,31	3,09*** 1,72 – 5,54	6,34*** 3,76 – 10,69
Grūtības iemigt pēdējo 6 mēnešu laikā. Vismaz reizi nedēļā / Retāk vai nekad	Ref. = 1	1,38NS 0,81 – 2,35	1,75* 1,04 – 2,96	2,27** 1,31 – 3,93	4,04*** 2,50 – 6,54

NS – nav statistiski ticami; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

[8] *Rezultāti samēroti pēc vecuma, dzimuma, tautības, izglītības iestādes tipa un ģimenes sociālekonomiskā statusa.*

Jauniešiem ACE skalas kategorijā ar ≥ 4 punktiem ir piecas reizes lielāka varbūtība savu veselību novērtēt kā diezgan sliktu vai sliktu salīdzinājumā ar jauniešiem, kuri nav bijuši pakļauti pētītajiem vardarbības vai citu negatīvo pieredžu veidiem bērnībā. Šādi jaunieši (ACE skalas kategorija „≥ 4 punkti") arī sešas reizes biežāk vismaz 3 dienas pēdējā mēneša laikā ir kavējuši skolu stresa vai depresijas dēļ, taču atšķirības skolas kavējumos netiek novērotas sliktākas fiziskās veselības rezultātā.

Pieaugot ACE skalas punktu skaitam, būtiski palielinās dažādu hronisku - gan somatisku, gan psiholoģisku - veselības sūdzību varbūtība. Tā, piemēram, jaunieši ACE skalas kategorijā ar ≥ 4 punktiem pēdējā pusgada laikā nomāktību vismaz reizi nedēļā ir atzīmējuši septiņas reizes biežāk, grūtības iemigt - četras reizes biežāk, bet galvassāpes un muguras sāpes - divas reizes biežāk nekā jaunieši, kuri nav bērnībā piedzīvojuši vardarbību vai citas pētītās negatīvās pieredzes.

Salīdzinājumā ar jauniešiem references kategorijā (ACE skalas punkti - „0") lielākā daļā gadījumos statistiski nozīmīgas būtiskas atšķirības veselību nelabvēlīgi ietekmējošos paradumos vai veselību negatīvi raksturojošos indikatoros parādās jauniešiem kategorijās, sākot 3 vai ≥ 4 ACE skalas punktiem. Tas varētu liecināt par to, ka jauniešiem ar 1 vai 2 ACE skalas punktiem vai nu eksistē kādi efektīvi aizsardzības mehānismi pret piedzīvoto vardarbību bērnībā, vai arī tieši šiem konkrētajiem 1 - 2 vardarbības vai negatīvās pieredzes veidiem bērnībā būtiskas negatīvas sekas ilgtermiņā attiecībā uz Latvijas jauniešu veselību nenovēro. Tomēr šis jautājums prasa detalizētāku analīzes veikšanu turpmākos pētījumos.

Kopumā loģistiskās regresijas rezultāti liecina, ka Latvijas jauniešu veselības paradumi un veselību raksturojošie indikatori ir cieši saistīti ar piedzīvoto vardarbības pieredzi bērnībā.

PĒTĪJUMA IEROBEŽOJUMI

Lai nodrošinātu pēc iespējas plašāku dažādu tautību un sociālo grupu iekļaušanu, pētījuma veikšanai tika izvēlētas piecas Latvijas pilsētas, kurās bija gan vidusskolas, gan profesionālās izglītības iestādes ar apmācību gan latviešu, gan krievu valodā.

- Izvēlētajās pilsētās skolas tika rekrutētas pētījumam. Līdz ar to iegūtos rezultātus var attiecināt tikai uz pētāmo populāciju - 18-25 gadus veciem vidusskolu un profesionālo izglītības iestāžu audzēkņiem piecās Latvijas pilsētās. Kopumā pētījumu var uzskatīt par pilotpētījumu, kurā testēta anketas piemērotība Latvijas jauniešu aptaujai.

- Latvijas pētījuma darba grupai nebija pieejams The Adverse Childhood Expierences (ACE) Study protokols. Metodoloģijas neskaidrību nosacītai precizēšanai bija iespēja izmantot tikai starptautiskajos zinātniskajos žurnālos publicētos rakstus par šo pētījumu.

- Līdzīgs pētījums gandrīz vienlaicīgi tika veikts arī Lietuvā un Maķedonijā, bet Latvijas pētījuma datus nav iespējams salīdzināt ar šo valstu pētījuma datiem, jo ir būtiskas mērķa populācijas un metodoloģijas atšķirības pētījuma veikšanā šajās valstīs.

- Aptaujas anketa ir pārāk komplicēta un apjomīga (sievietēm anketā ir 143 jautājumi un vīriešiem - 135). Iespējams, ka respondentiem, to aizpildot, radās problēmas ar uzmanības noturēšanu un koncentrēšanos. Daudzas sadaļas: par ģimenes stāvokli, laulībām, laulāto attiecībām un bērnu skaitu nav piemērotas vidusskolas vecuma jauniešiem, jo viņi savas ģimenes vēl nav izveidojuši, būdami pārāk jauni un sociāli nenobrieduši.

- Pētījumā netika iekļauti attiecīgā vecuma jaunieši, kuri nemācās ne skolās, ne profesionālās izglītības iestādēs. Šie jaunieši sastāda būtisku populācijas daļu, kurai varētu būt ļoti atšķirīgi paradumi un bērnības pieredze.

SECINĀJUMI

Rezultāti parāda augstu bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes izplatību pētāmajā grupā:

1. Kopumā 16,9% aptaujas dalībnieku bērnībā nav saskārušies ne ar vienu no nelabvēlīgās pieredzes faktoriem.

2. Vairāk nekā ceturtdaļa (26,9%) aptaujas dalībnieku bērnībā ir guvuši nelabvēlīgu pieredzi, kuru ietekmējuši 4 un vairāk faktori (ACE skalā 4 -10 punkti).

3. Gandrīz trešā daļa (31,5%) respondentu bērnībā ir cietuši no emocionālās vardarbības no saviem vecākiem vai kāda cita mājās dzīvojoša pieauguša ģimenes locekļa.

4. Līdz 18 gadu vecumam 16,4% respondentu ir pieredzējuši fizisku vardarbību no saviem vecākiem vai kāda cita mājās dzīvojoša pieaugušā.

5. Viens no desmit respondentiem (10,3%) bērnībā ir piedzīvojis seksuālu vardarbību no kāda pieaugušā, vecāka radinieka, ģimenes drauga vai svešinieka.

6. 35,9% respondentu bērnībā ir bijuši emocionāli atstāti novārtā, bet fizisku atstāšanu novārtā pieredzējuši 27%.

7. 46,4% respondentu bērnībā ir dzīvojuši ģimenēs, kurās ir bijusi problemātiska alkohola vai narkotiku lietošana.

8. 42,3% respondentu bērnībā ir pieredzējuši, ka viņu vecāki ir bijuši šķīrušies vai ir dzīvojuši šķirti.

9. 12,6% respondentu bērnībā pieredzējuši tēva vai patēva vardarbību pret māti vai pamāti.

10. Respondentiem, kuriem bērnībā ir piedzīvots augsts kumulatīvā stresa līmenis (ACE skalā 4 - 10 punkti), ievērojami vairāk pēdējo 6 mēnešu laikā vismaz reizi nedēļā bijušas dažādas veselības sūdzības: galvassāpes, vēdera sāpes, muguras sāpes, nomāktība, nervozitāte, aizkaitināmība, reiboņi, grūtības iemigt, grūtības koncentrēties.

Iegūtie pētījuma rezultāti pētāmajā grupā Latvijā ir līdzīgi citās valstīs veikto bērnībā gūtās nelabvēlīgās pieredzes pētījumu *(angl. The Adverse Childhood Expierences (ACE) Study)* rezultātiem.

IETEIKUMI POLITIKAS VEIDOTĀJIEM

1. Ņemot vērā augsto vardarbības ģimenē izplatību Latvijā, tās mazināšanas politikai ir jābūt vērstai uz profilaksi. Politikas plānošanas dokumentos vienlīdz lielu uzmanību pievērst visu vardarbības veidu mazināšanai, tai skaitā bērnu pamešanai novārtā ģimenē.
2. Izstrādāt uz pierādījumiem balstītu starpsektoru politiku vardarbības ģimenē mazināšanai, paredzot konkrētu rīcības plānu veselības, izglītības un sociālajam sektoram. Izveidot starpsektoru koordinācijas mehānismu, lai izstrādātu vienotu sistēmu valstī, kas paredz vienotus kritērijus vardarbības ģimenē atpazīšanai, reģistrēšanai, monitoringam un ziņošanai, sistēmas tiesisko regulējumu, kā arī izstrādātu vadlīnijas dažādu nozaru (piem., veselības aprūpes, izglītības, sociālās sfēras) speciālistiem, balstoties uz PVO rekomendācijām un citu valstu labās prakses piemēriem.
3. Ģimenes politikā pievērst lielāku uzmanību disfunkcionālām ģimenēm, īpaši sociālajam riskam pakļautajām ģimenēm. Izvērtēt un pilnveidot esošos mehānismus, tai skaitā pašvaldībās, izglītības un sociālā atbalsta sistēmās, lai nodrošinātu informatīvu un praktisku (uz prasmēm balstītu) atbalstu sociālam riskam pakļautajām ģimenēm bērnu audzināšanas jautājumos, kā arī nodrošināt topošo un jauno vecāku izglītošanu par bērnu aprūpes un audzināšanas jautājumiem.
4. Pašvaldību speciālistiem, bāriņtiesu darbiniekiem un sociālā darba speciālistiem līdzdiploma un pēcdiploma mācību programmās kā obligātu ieviest kursu par vardarbību ģimenē, par to, kā atpazīt vardarbību un kā koordinēt atbilstošu palīdzību.
5. Pilnveidot palīdzības sistēmu no vardarbības ģimenē cietušajiem, nodrošinot valsts apmaksātu psiholoģisko palīdzību. Pievērst lielāku uzmanību cietušā bērna ģimenes iesaistīšanai rehabilitācijas procesā.
6. Izglītības politikas jomā veicināt vispārējās izglītības pedagogu labāku izpratni par to, kā atpazīt vardarbību ģimenē, vardarbības upurus un kā pareizi rīkoties. Izstrādāt atbalsta materiālus pedagogiem par minētajiem jautājumiem un regulāri pilnveidot pedagogu prasmes.
7. Palielināt veselības sektora lomu, pēc iespējas plašāk iesaistot primārās veselības aprūpes speciālistus vardarbības ģimenē agrīnai atpazīšanai un palīdzības sniegšanai, īpaši sociālajam riskam pakļautajās ģimenēs.
8. Reproduktīvās veselības speciālistu līdzdiploma un tālākizglītības mācību programmās kā obligātu ieviest kursu par vardarbību ģimenē, kas ietvertu uz pierādījumiem balstītu vadlīniju izmantošanu, kuras jau izmanto Latvijā un rekomendē PVO.
9. Visu veselības aprūpes speciālistu līdzdiploma un pēcdiploma apmācību programmās iekļaut kursu par vardarbību ģimenē, kas izstrādāts, balstoties uz citu valstu pieredzi un PVO rekomendācijām.
10. Atbilstošām valsts institūcijām regulāri veikt monitoringu par vardarbības izplatību un tās iemesliem. Regulāri izvērtēt monitoringa rezultātus un ierosināt atbilstošus labojumus politikas plānošanas dokumentos. Monitoringa rezultātiem jābūt publiski pieejamiem, tādā veidā veicinot sabiedrības informētību un iesaisti vardarbības ģimenē mazināšanā.
11. Veikt padziļinātus pētījumus par vardarbību ģimenē veicinošajiem faktoriem. Integrēt pētniecības rezultātus vardarbības ģimenē politikas definēšanā, monitoringā un izvērtēšanā.
12. Iesaistot sabiedrības veselības un citu jomu ekspertus, aktualizēt jautājumus par masu informācijas līdzekļu, īpaši elektronisko, vardarbību saturošo raidījumu un informācijas ietekmi.
13. Mērķtiecīgi uzlabot sabiedrības izpratni par vardarbību ģimenē, aicinot aktīvi rīkoties gadījumā, kad radušās aizdomas par vardarbību ģimenē. Popularizēt plašsaziņas līdzekļos, tai skaitā elektroniskajos, un vides reklāmās uzticības tālruņus, pa kuriem zvanot, vardarbības upuri var saņemt palīdzību un kur ziņot par novēroto vardarbību ģimenēs.
14. Aktivizēt pašvaldību sadarbību un informācijas apmaiņu, tai skaitā par labās prakses piemēriem vardarbības ģimenē mazināšanas jomā. Organizēt atbalsta struktūrvienības pašvaldībās.
15. Veicināt nevalstisko organizāciju dalību jomās, kas saistītas ar vardarbības ģimenē mazināšanu un atbalsta sniegšanu cietušajiem.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Forty-ninth World Health Assembly, Geneva, 20-25 May 1996. WHA 49.25 Prevention of violence: a public health priority http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf

2. Pinheiro P. World Report on Violence against Children. Secretary-General's Study of Violence against Children. United Nations, Geneva, 2006.

3. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Huges M., Nelson C.B. Posttraumatic stress disorder in National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry. 1995. 52(12): 1048 – 1460.

4. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.

5. Kempe C.H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K. The battered child syndrome. Journal of the American Medical Association, 1962, 181:17-24.

6. Butchart A., Harvey A.P. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization, 2006.

7. Bērnu tiesību aizsardzības likums (19.06.1998) http://www.likumi.lv/doc.php?id=49096

8. Konvencija par bērnu tiesībām. (20.11.1989) http://www.humanrights.lv/doc/vispaar/bernkonv.htm

9. UNICEF, Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle Income Countries, New York, 2010.

10. Youssef R.M., Attia M.S., Kamel M.I. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. Child Abuse & Neglect , 1998, 22: 959–973.

11. Browne K et al. Child abuse and neglect in Romanian families: a national prevalence study 2000. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.

12. UNICEF, Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle Income Countries, New York, 2010.

13. Straus M.A., Hamby S.L., Finkelhor D., Moore D., Runyan D. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. Child Abuse & Neglect, 1998, 22:249-270.

14. Tang S.C. The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. Child Abuse & Neglect, 1998, 22:381-391.

15. Hunter W.M., Jain D., Sadowski L.S., Sanhueza A.I. Risk factor for severe child discipline practices in rural India. Journal of Pediatric Psychology, 2000, 25:435-447.

16. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. Child Abuse & Neglect, 2000, 24:1543-1555.

17. Kotch J.B. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. Child Abuse & Neglect, 1993, 17:233-247.

18. Rutherford A., Zwi A.B., Grove N.J., Butchart A. Violence: a priority for public health? Journal of Epidemiology and Community Health, 2007, 61:764-770.

19. Pederson W., Skrondal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. Addiction, 1996, 91:565–581.

20. Goldman J.D., Padayachi U.K. The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. Child Abuse & Neglect, 1997, 21:489–498.

21. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. Child Abuse & Neglect, 1997, 21:823–832.

22. Finkelhor D. The International Epidemiology of Child Sexual Abuse. Child Abuse & Neglect, 1994, 18(5):409-417.

23. Svedin C.G., Back C., Soderback S.B. Family relations, family climate and sexual abuse. Nordic Journal of Psychiatry, 2002, 56(5): 355-362.

24. Bolen R.M. Scannapieco M. Prevalence of Child Sexual Abuse: A Corrective Meta-Analysis. Social Service Review, 1999, 73(3): 281–313.

25. Finkelhor D. The prevention of Childhood Sexual Abuse. Future of Children, 2009, 19(2): 169-194.

26. Matzopoulos R., Bowman B., Butchart A., Mercy J.A. The impact of violence on health in low- to middle-income countries, 2008, 15(4): 177-187.

27. Synder, H.N. Sexual assault of young children as reported to law enforcement: Victim, incident and offender characteristics, in A NIBRS Statistical Report. 2000, U.S. Department of Justice: Washington, D.C.

28. Child Abuse & The Criminal Justice System. Peter Lang Publishing, New York, 2003.

29. Wilding J., Thoburn J. Family support plans for neglected and emotionally maltreated children. Child Abuse Review, 1997, 6: 343-356.

30. Iwaniec D., Sneddon H. The quality of parenting of individuals who had failed to thrive as children. British Journal of Social Work, 2002, 32: 283-292.

31. Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J., Edwards V.J., Williamson D.F. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. Violence And Victims, 2002 Feb; 17(1): 3-17.

32. Sedlak A.J. Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect. Journal of Aggresion, Maltreatment and Trauma, 1997, 1: 149-187.

33. Iwaniec D., Larkin E., Higgins S. Research review: risk and resilience in cases of emotional abuse. Child and Family Social Work, 2006, 11: 73-82.

34. Dube S.R., Miller J.W., Brown D.W., Giles W.H., Felitti V.J., Dong M., Anda R.F. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. Journal of Adolescent Health, 2006, 38:444.e1-444.e10.

35. Anda R.F., Croft J.B., Felitti V.J., Nordenberg D., Giles W.H., Williamson D.F., Giovino G.A. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. JAMA, 1999, 282(17):1652-1658.

36. Civillikums (28.01.1937.) http://www.likumi.lv/doc.php?id=90223

37. Crosson-Tower. C. Understanding Child Abuse and Neglect 4th ed. Allyn and Bacon, Boston, 1999.

38. Pala B., Ünalacak M., Ünlüoğlu I. Child maltreatment: abuse and neglect. Dicle Medical Journal. 2011. 38(1): p121-127

39. Dong M., Anda R.F., Felitti V.J., Dube S.R., Williamson D.F., Thompson T.J., Loo C.M., Giles W.H. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. Child Abuse & Neglect. 2004. 28(7): 771-784.

40. Ronan K.R., Doreen F.C., Burke K.J. Child maltreatment: Prevalence, risk, solutions, obstacles. Australian Psychologist. 2009. 44(3): 195-213.

41. Guterman N.B, Taylor C.A. Child and adolescent safety: Prevention of physical child abuse and neglect. Child Welfare for the Twenty-First Century. 2005. 270-289.

42. Browne A. & Filkenhor D. Impact of child sexual abuse: A review of research. Psychological Bulletin, 1986. 99(1),66-77.

43. Bensley L.S., Van Eanwyk J.& Simmons K.W. Self reported chilhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. American Journal of Preventive Medicine. 2000., 18, 151-158.

44. De Bellis M., &Thomas L. Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment. Current Psychiatry Reports. 2003.,5, 108-117.

45. Springer K.W., Sheridan J., Kuo D. & Carnes M. Long term physical and mental health consequences of childhoold physical abuse: Results from a large population- based sample of men and women. Child Abuse& Neglect. 2007. 31, 517-530.

46. Flaherty E.G., Thompson R., Litrownik A.J., Theodore A., English D., Black M., Wike T., Whimper L., Runyan D.K. Dubowitz H. Effect of early chilhood adversity on health. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2006. 160, 1232-1238.

47. Giancola P., & Parker A. A six-year prospective study of pathways toward drug use in adolescent boys with and without a family history of a substance use disorder. Journal of Studies on Alcohol, 2001. 62(2), 166–178.

48. Trickett E. J. Towards a framework for defining and resolving ethical issues in the protection of communities involved in primary prevention projects. Ethics and Behavior, 1998. 8(4), 321–337.

49. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med 1998, 14:245-58.

50. Straus M.A, Gelles R.J. Physical Violence in American Families: Risk Faktors and Adaptations to Violence in 8145 Families. New Brunswick, NJ: Transaction Press;1990

51. Wyatt GE. The sexual abuse of Afro-American and White-American women in childhood. Child Abuse&Neglect 1985;9:507-519

52. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of vhild abuse and neglect. American Journal of Psychiatry 1994;151:1132-1136

53. Currie C., Molcho M., BryceW., Holstein B., Torsheim T., Richter M. Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. Social Science and Medicine, 2008. 66 (6), pp. 1429-1436.